



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EMBARAZADAS

Por: Carme Bret Monserrate

Facultad de Enfermería

Grado en Enfermería

Tutora: M^a Luisa Guitard Sein-Echaluce

Trabajo Fin de Grado

Curso 2013-2014

15 de Mayo de 2014

ÍNDICE

LISTA DE TABLAS.....	5
LISTA DE FIGURAS.....	6
ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	7
1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	8
1.1 Metodología de búsqueda.....	9
1.2 Síntesis de la evidencia encontrada	10
2. INTRODUCCIÓN	11
3. MARCO TEÓRICO	13
3.1 Incontinencia Urinaria	13
3.1.1 Concepto y Epidemiología	13
3.1.2 Etiología	14
3.1.3 Factores de riesgo	14
3.1.4 Clasificación de la Incontinencia Urinaria según la sintomatología	18
3.2 Suelo pélvico.....	20
3.2.1 Conceptos de anatomía y fisiología	21
3.2.2 Factores de riesgo asociados al debilitamiento del suelo pélvico.....	24
3.3 Valoración de la calidad de vida de la paciente con incontinencia urinaria	26
3.3.1 Valoración general y focalizada	26
3.3.2 Exploración física	28
3.3.3 Cuestionarios de valoración de la Calidad de Vida	29
3.3.4 Afectación en la calidad y estilo de vida: aspectos psicosocioculturales	32
3.4 Prevención e intervenciones de enfermería	33
3.4.1 Prevención	33
3.4.2 Intervenciones de enfermería	34

4. JUSTIFICACIÓN.....	43
5. OBJETIVOS	44
5.1 Objetivo General.....	44
5.2 Objetivos Específicos	44
6. METODOLOGÍA.....	45
6.1 Población diana	45
6.2 Criterios de Inclusión y exclusión	48
6.2 Profesionales a los que va dirigido	48
7. INTERVENCIÓN	49
7.1 Presentación del programa	49
7.2 Divulgación del programa.....	50
7.3 Captación de mujeres	50
7.4 Presentación de las actividades del programa	51
7.5 Recursos Humanos y Materiales	52
7.6 Cronograma	53
7.7 Desarrollo de las actividades del programa	56
8. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	85
9. DISCUSIÓN	86
10. CONCLUSIONES	87
11. BIBLIOGRAFÍA	88
ANEXOS	93
ANEXO I: Diario Miccional	94
ANEXO II: Test de Sandvik.....	95
ANEXO III: Cuestionario ICIQ-SF	96
ANEXO IV: Cuestionario KHQ.....	97
ANEXO V: Cartel y folleto informativo del programa	98

ANEXO VI: Hoja Informativa sobre el programa y Cronograma.....	100
ANEXO VII: Documento de Consentimiento Informado	104
ANEXO VIII: Hoja de asistencia	105
ANEXO IX: Cuestionario de evaluación semanal	106
ANEXO X: Cuestionario de evaluación del programa	108

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Factores de Riesgo de la Incontinencia Urinaria	15
Tabla 2: Prevalencia de la IU en las mujeres en España	16
Tabla 3: Idescat. Patrón municipal de habitantes de Almacelles	45
Tabla 4: Idescat. Patrón municipal de habitantes de Gimènells y el Pla de la Font	46
Tabla 5: La Paeria, Ayuntamiento de Lleida. Patrón municipal de habitantes de Suchs y Raimat	47
Tabla 6: Actividades del Programa	51
Tabla 7: Cronograma previo al desarrollo del programa	53
Tabla 8: Cronograma de las actividades del programa	54
Tabla 9: Cronograma del temario y ponencia	55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Patología del Suelo Pélvico.....	20
Figura 2: Músculos del Suelo Pélvico	22
Figura 3: Conos vaginales	41
Figura 4: Bolas chinas	57
Figura 5: Power Point Anatomofisiología del Aparato Reproductor Femenino	57
Figura 6: Maniquí sobre el Aparato Reproductor Femenino	57
Figura 7: Ficha 1, Aparato Reproductor Femenino Interno	58
Figura 8: Ficha 1, Aparato Reproductor Femenino Externo	58
Figura 9: Ficha 2, Aparato Urinario Femenino	59
Figura 10: Power Point Suelo Pélvico.....	60
Figura 11: Maniquí Anatomía Suelo Pélvico	61
Figura 12: Maniquí Anatomía Suelo Pélvico	61
Figura 13: Ficha 3, Periné femenino, visión exopélvica	61
Figura 14: Ficha 4, Periné femenino, visión endopélvica.....	62
Figura 15: Vídeo, descubre los músculos del Suelo Pélvico	62
Figura 16: Power Point, Trastornos del Suelo Pélvico.....	63
Figura 17 y 18: Maniquí Anatomía Suelo Pélvico.....	64
Figura 19: Ficha 5, Funciones y Disfunciones del Suelo Pélvico.....	64
Figura 20: Vídeo, Introducción	65
Figura 21: Power Point, Incontinencia Urinaria	66
Figura 22: Ficha 6, Aparato Urinario Femenino	67
Figura 23: Ficha 7, Tipos de Incontinencia Urinaria	67
Figura 24: Vídeo, Incontinencia Urinaria (ONI)	68
Figura 25: Power Point, Promoción de hábitos saludables.....	69
Figura 26: Vídeo, Higiene Postural	70

ÍNDICE DE ABREVIACIONES Y ACRÓNIMOS

ABS:	Área Básica de Salud
ABVD:	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AP:	Atención Primaria
CV:	Calidad de Vida
EMSP:	Ejercicios Musculatura Suelo Pélvico
EPINCONT:	Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trodelag
EpS:	Educación para la Salud
FR:	Factores de Riesgo
HC:	Historia Clínica
ICI:	International Consultation on Incontinence
ICIQ:	International Consultation on Incontinence Questionnaire
ICIQ-SF:	International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form
ICS:	International Continence Society
ICS:	Institut Català de la Salut
IDESCAT:	Institut d'Estadística de Catalunya
IMC:	Índice de Masa Corporal
IQ:	Intervenciones Quirúrgicas
IU:	Incontinencia Urinaria
IUE:	Incontinencia Urinaria de Esfuerzo
IUM:	Incontinencia Urinaria Mixta
IUU:	Incontinencia Urinaria de Urgencia o de estrés
KHQ:	Kings Health Questionnaire
MEC:	Mini Examen Cognoscitivo de Lobo
MSP:	Músculos del Suelo Pélvico
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONI:	Observatorio Nacional de la Incontinencia
RSP:	Rehabilitación del Suelo Pélvico
RV:	Reeducación Vesical
SP:	Suelo Pélvico

1. RESUMEN

La Incontinencia Urinaria (IU) femenina se ha convertido en un problema que afecta a un número elevado de mujeres, cada vez a más temprana edad. Se trata de un problema que requiere un enfoque integral y multidisciplinar, ya que en este tipo de pacientes se hallan habitualmente afectadas las necesidades de eliminación, seguridad, autoestima y aceptación social. El embarazo y el parto vaginal son los principales Factores de Riesgo (FR) en el debilitamiento del Suelo Pélvico (SP) con la consecuente aparición de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE). La IUE es susceptible de tratamiento y cura para la mayoría de las pacientes. Las opciones no invasivas y de bajo riesgo (terapia conservadora) deben ser consideradas como la primera línea de tratamiento para proporcionar resultados que mejoren la Calidad de Vida (CV), en la que es fundamental el papel de enfermería.

Palabras clave:

Los descriptores (DecS) utilizados fueron: “Incontinencia Urinaria”, “Incontinencia Urinaria de Esfuerzo”, “Disfunciones del Suelo Pélvico”, “Embarazo”, “Postparto”, “Calidad de Vida”.

Las revisiones fueron realizadas minuciosamente, utilizando también los descriptores en inglés (Mesh) siempre que fuese necesario.

1.1 Metodología de la búsqueda

Se realizó una revisión bibliográfica con el propósito de sintetizar y reunir el conocimiento actual sobre el tema propuesto con el objetivo de conocer la relación existente entre la IU y la disfunción del SP relacionado con el embarazo y el postparto.

La búsqueda de documentos se realizó en bases de datos científicas como Scielo, Cuiden, Elsevier, Dialnet, Biblioteca Cochrane Plus y Medline (Pubmed). Además se han revisado al mismo tiempo páginas web como Fisterra y la International Continence Society (ICS).

Para la realización del trabajo se han incluido aquellos documentos que abarcan desde el año 2000 al 2013, siendo mayoritariamente del año 2008 al 2012 los documentos más relevantes para el trabajo y rechazando así todos aquellos que no estén incluidos dentro del primer rango de años. Además, sólo se han seleccionado aquellos documentos relacionados con la temática y los objetivos propuestos. No se ha establecido ningún límite lingüístico a las búsquedas llevadas a cabo, aunque principalmente se han considerado estudios en español e inglés.

Finalmente son 53 los documentos que conforman la bibliografía de este trabajo. Con ellos, se ha realizado una lectura, revisión exhaustiva y análisis de los mismos para organizar la información según los objetivos planteados en esta revisión y así obtener los últimos conocimientos de evidencia científica en el tema. En algunos casos también fue necesario realizar búsquedas bibliográficas secundarias, con el objetivo de ampliar información importante y aclarar ciertos datos en base a fuentes primarias.

1.2 Síntesis de la evidencia

Diversos estudios han demostrado la eficacia del entrenamiento del suelo pélvico frente a ningún tratamiento, placebo o tratamientos simulados, u otros tratamientos de control inactivo. En la revisión de los ensayos se observa una modificación y mejora de las características anatomofuncionales del suelo pélvico de las mujeres que realizaron los ejercicios perineales que, también, interfirieron de forma positiva en la calidad de vida de estas mujeres; aunque se evidencia un posible mayor efecto del tratamiento en mujeres jóvenes con incontinencia urinaria de esfuerzo que participan en un programa de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico supervisado durante 3 meses. A su vez, se determina que las mujeres que tuvieron un contacto regular y repetido con el profesional sanitario que les enseñó a realizar los ejercicios y que vigiló su progreso, tuvieron mayor probabilidad de informar una mejoría después del tratamiento. Pero queda pendiente, en estudios futuros, evaluar la adherencia de las pacientes al tratamiento y los efectos a largo plazo.

Además, la eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico es aplicable en mujeres gestantes cuyo embarazo y parto vaginal contribuyen un factor de riesgo para desarrollar una IUE. El estudio publicado por Hay-Smith *et al.* (2008) muestra una reducción importante tanto en la probabilidad de informar de IUE en la última etapa del embarazo y hasta seis meses después del parto en mujeres gestantes sin IUE previa, como en la probabilidad de informar de IUE doce meses después del parto en mujeres con IUE postnatal persistente tres meses después del parto.

El abordaje terapéutico en las consultas de enfermería de rehabilitación del suelo pélvico presenta un menor coste y eficacia similar en comparación a la terapia uroginecológica, como se concluye en un estudio publicado por Moore *et al.* (2006). El tratamiento debe contemplar un enfoque estandarizado como se expone en el ensayo publicado por Nieto *et al.* (2007) en el cual se evalúan los beneficios derivados de la aplicación de una intervención de enfermería estructurada, multimodal y apoyada en la “teoría del déficit de autocuidados” en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo de grado leve o moderada, frente a una intervención convencional que consistía en una explicación breve de cómo realizar los ejercicios.

2. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida de una mujer, son diversos los acontecimientos que contribuyen al debilitamiento de la musculatura del Suelo Pélvico (SP). En España, se estima que la disfunción del SP afecta en torno al 25 y 40% de las mujeres, siendo la práctica de deportes de impacto, embarazo y postparto, menopausia, obesidad y tos crónica, los factores de riesgo (FR) más comúnmente relacionados con este problema (1,2).

Las consecuencias más comunes asociadas al debilitamiento del SP son la Incontinencia Urinaria (IU), incontinencia fecal, disfunción en las relaciones sexuales o prolapso uterino o vesical. Sin embargo, la IU es el problema más frecuentemente relacionado con esta disfunción, siendo la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) la de mayor incidencia (3,4).

La IU está considerada enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5) desde 1998, por su repercusión en la Calidad de Vida (CV), por su frecuencia y por su afectación psicosocial; aunque todavía hay en nuestro sistema sanitario quien solo la interprete como un leve trastorno, sin pensar que destruye la vida social de quien la padece hasta, en algunos casos, alcanzar límites insospechados. Se le considera un importante problema de salud que tiene severas repercusiones en la CV de los pacientes que lo padecen (6).

La IU femenina se ha convertido en un problema que afecta a un número elevado de mujeres, cada vez a más temprana edad, y parece claro que una relación causa-efecto con el parto vaginal; si no se resuelven convenientemente en el puerperio, pasan a formar parte de su vida cotidiana, asumiéndolo en muchos casos como el precio a pagar por ser madres, pero con un alto coste para su CV. Se trata de un problema que requiere un enfoque integral y multidisciplinar, ya que en este tipo de pacientes se hallan habitualmente afectadas las necesidades de eliminación, seguridad, autoestima y aceptación social.

La reeducación del SP debe ser una de las primeras medidas adoptadas, como tratamiento conservador en el manejo de estas pacientes, y es el tratamiento más efectivo en mujeres entre los 40-50 años (6).

Datos del Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI) muestran que la prevalencia media de IU en la población española es del 24% en las mujeres, frente al 10% de los hombres. En otras palabras, la IU afecta en España a un 16.7% de la población, lo que

equivale a más de seis millones de personas, siendo cuatro millones de mujeres las afectadas por el problema, frente cerca de los dos millones de hombres (7).

Dado un aumento en la esperanza de vida de la mujer en España, se prevé que la prevalencia de la IU, así como otros trastornos derivados del debilitamiento del SP vayan en aumento. Por ello, es importante educar a la población en las medidas de prevención de estas patologías. La evidencia demuestra que los ejercicios de SP son una medida efectiva para el fortalecimiento de la musculatura pélvica y prevención de los problemas derivados de su debilitamiento.

Cabe señalar que la IU es un problema de salud con un fuerte impacto psicológico y social, ya que repercute en la CV de la persona que lo padece. Esto implica que sean distintos tipos de profesionales: enfermeras, matronas, médicos y fisioterapeutas los involucrados en el cuidado de las mujeres afectadas. Por tanto, dada la prevalencia, coste e impacto en la CV de las mujeres, la disfunción del SP supone uno de los problemas más importantes en la Salud Pública. Por lo que, el papel enfermero en la solución de este problema puede ser primordial.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Incontinencia Urinaria

3.1.1 Concepto y epidemiología.

En el año 2002 la IU fue definida, según la International Continence Society (ICS), como la *“pérdida involuntaria de orina, demostrable objetivamente que origina un problema social o higiénico”* (8,9).

La prevalencia de la IU aumenta con la edad. De hecho, se estima que entre las mujeres jóvenes la prevalencia de IU es del 20-30%, mientras que en mujeres de mediana edad es del 30-40%, y mujeres mayores se sitúan en más de un 50%. Se calcula que de un 10-50% de la población padece IU a lo largo de su vida (10).

Asimismo, otro estudio llevado a cabo en Catalunya en el año 2009 y en el que participaron 18126 individuos, muestra que el 7.9% de la población declaró tener IU, formando un 12.2% de las mujeres, y 3.6% de los hombres. Según el estudio, este resultado indica que un 77% de mujeres en la comunidad padecen de IU (11,12).

En España la prevalencia de IU se reflejó en el estudio de Rebollo y cols (13), donde se estimó que un 40.6% de mujeres padecían de IU, incluyendo en este porcentaje cualquier tipo de IU en mujeres. Sin embargo en la actualidad, datos del Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI) muestran que la prevalencia media de IU en la población española es del 24% en las mujeres, frente al 10% en los hombres (7).

En esta línea, destacar el estudio EPINCONT (Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag). Este estudio reflejó que la IU prevalecía en un 12% de las mujeres menores de 30 años, situándose en un 30% en las mujeres de alrededor de 50 años y hasta el 40% en mujeres mayores. Otro de los resultados fue que un 25% de las mujeres tenían IU y una de cada quince un nivel de incontinencia significativa. Encontraron, además un aumento progresivo de la prevalencia de la IU según avanzaba la edad (14).

Además de a la edad y a otros factores personales, la IU se ha atribuido al embarazo y al parto, de forma que se considera que la IU durante el embarazo predice la IU en el postparto y se asocia significativamente a la IU a los 5 años del parto. Por lo que, la IU representa una expresión de afectación del SP relacionada con el embarazo y el parto (12).

3.1.2 Etiología

La IU se manifiesta como la pérdida de orina en un momento inadecuado y sienta sus causas en el fallo del músculo detrusor, una uretra incompetente o en ambos a la vez. La incontinencia en sí misma no es una enfermedad, por lo que es más correcto referirse a ella como una alteración en la fase de llenado y/o vaciado de la vejiga. El fallo del músculo detrusor se debe a una excesiva hiperactividad, que puede ser causa de manera idiopática o por alteraciones neurológicas. Por su parte, una uretra incompetente tiene su origen en una alteración del esfínter externo o de la musculatura del SP, incluyendo la pérdida de tono y elasticidad; una alteración del esfínter interno por lesión orgánica o relajación inadecuada y, por último, en el daño neurológico. Tanto el fallo del músculo detrusor como la uretra incompetente pueden manifestarse de manera combinada o aislada (15).

3.1.3 Factores de riesgo

Debemos tener en cuenta que la IU tiene una serie de FR que influyen tanto en su aparición como en su incidencia. La importancia de conocerlos nos permite poder cambiar, aunque no siempre, el curso de la alteración, estar al tanto de las características de su prevalencia y de los tipos de incontinencia en cada grupo específico de población. El objetivo es ofrecer a la paciente unos cuidados u otros en función de sus características personales, ya sea ama de casa, embarazada, jubilada, tenga antecedentes de lesión medular, etc.

La clasificación propuesta por la Dra. Ariadna Conejero Olesti (15) (tabla 1) nos permite conocer los FR de la IU en función de si son modificables o no, de este modo sabremos si podemos incidir para cambiar el curso de la alteración miccional o si por el contrario debemos consultar con el especialista para derivar a la paciente:

Factores no modificables	Factores modificables y/o susceptibles de intervención
<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Paridad - Histerectomías - Menopausia - Intervenciones quirúrgicas previas 	<ul style="list-style-type: none"> - Celes y prolapsos - Infección de orina y estreñimiento - Tabaquismo y alcoholismo - Obesidad y deportes de impacto - Enfermedades concomitantes: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, etc. - Alto consumo de cafeína - Falta de preparación de la musculatura del SP de la madre durante el embarazo

Tabla 1: " Factores de Riesgo de la IU" (15).

- **Factores no modificables:**

Dos de los FR más importantes en la IU son la edad y el sexo femenino; éstos llegan a afectar al 15% de las pacientes de 25 a 29 años, a un 25% de las mujeres de 60-64 años y a un 61% de las mujeres mayores de 90 años. La siguiente tabla muestra la prevalencia de la IU de las mujeres en España en relación con su edad (16):

Grupo de edad (años)	Porcentaje (%) (Intervalo de confianza al 95%)
18-24	6 (4-8)
25-29	15 (12-17)
30-34	17 (14-19)
35-39	21 (18-24)
40-44	23 (19-27)
45-49	22 (18-26)
50-54	25 (20-29)
55-59	23 (19-27)
60-64	25 (20-29)
65-69	34 (30-38)
70-74	35 (31-40)
75-79	38 (31-44)
80-84	40 (31-49)
85-89	51 (38-64)
>= 90	61 (45-76)
Prevalencia global	23 (22-24)

Tabla 2: " Prevalencia de la IU en las mujeres en España" (16).

Como puede observarse, la *edad* junto con la llegada de la *menopausia*, muestra un aumento de la prevalencia de la IU que se hace más perceptible una vez pasada la cuarentena (17–20). A nivel fisiológico existe una disminución en el número y diámetro de la musculatura lisa estriada asociada a la pared uretral (21); hecho que sumado a la deprivación hormonal durante la menopausia, que favorece los cambios atróficos del aparato urogenital, tenemos las premisas adecuadas para predisponer a padecer procesos incontinentes. Además, la atrofia vaginal, se asocia en muchas ocasiones a infecciones del tracto urinario, produciendo sintomatología de urgencia, tenesmo, polaquiuria y, muchas veces, IU (22).

La *multiparidad* también juega un papel importante en este aspecto. Durante el parto la musculatura estriada perineal y del SP se distiende de manera longitudinal debido a la expulsión del feto, produciéndose en estos músculos una serie de daños que en muchas ocasiones son irreparables. En este sentido, existen multitud de estudios en donde se evidencia la relación de la IU con el número de partos vaginales y el peso del recién nacido. Aunque en un 80% de los casos, después del primer parto, existe una re-inervación del SP, el segundo parto daña nuevamente la zona afectada, haciendo más difícil una nueva recuperación (21). Por ello, resulta de vital importancia una adecuada educación pre-parto que asegure el correcto fortalecimiento de la musculatura pélvica y que, posteriormente, también garantice su recuperación durante el periodo post-parto (2,3,6).

Otros procesos, como las *Intervenciones Quirúrgicas* (IQ) *previas* o *histerectomías*, pueden llegar a producir lesiones nerviosas y alteraciones en los soportes músculo-faciales de la vejiga a la pared pélvica de alrededor, que puede favorecer las pérdidas de orina (22).

- **Factores modificables y/o susceptibles de intervención**

Dentro de este grupo, la *obesidad* juega un papel relevante. Se ha demostrado una relación clara entre la IU y la dureza de su condición con Índices de Masa Corporal (IMC) elevados. En este sentido, se cree que la ganancia de peso puede ayudar en el daño del SP mediante el estiramiento y el debilitamiento de los músculos, nervios u otras estructuras del SP (22–24). De hecho, la obesidad, no es la única de las situaciones que contribuyen al incremento de la presión intraabdominal; enfermedades como la tos crónica (bronquitis crónica), estornudos (por rinitis alérgica), estreñimiento crónico, entrenamiento intenso de los músculos abdominales o trabajos que requieran esfuerzos elevados y reiterados de carga y descarga también pueden afectar la musculatura pélvica.

La presencia de prolapsos de vejiga (cistoceles), prolapsos de recto (rectoceles) o prolapsos de útero (histeroceles) pueden influir tanto en la aparición como en el empeoramiento de la IU, favoreciendo la infección urinaria y los escapes de orina. La mayoría de los FR, modificables o no, se encuentran interrelacionados, ya que el prolapso de órganos pélvicos suele relacionarse con partos múltiples o la disminución de hormonas femeninas durante la menopausia (22).

El uso de determinados fármacos, como cierto tipo de antihipertensivos (inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina) producen tos; la doxazosina, utilizada para

disminuir el tono uretral y aumentar la vasodilatación periférica en la HTA, puede producir IUE; y los diuréticos pueden producir incontinencia por incremento de la diuresis. Por tanto, aunque las disfunciones del SP casi siempre se han relacionado con el embarazo y el parto, hoy por hoy se hace necesario tener presente el origen multifactorial de este trastorno (22).

Finalmente, debe mencionarse que existen multitud de autores que han publicado resultados que anexionan la IU con otros factores, muchos de los cuales derivados de malos hábitos de vida. La bipedestación prolongada o una incorrecta estática vertebral pueden afectar a la musculatura perineal por acción de la gravedad; los malos hábitos nutricionales, las prisas y las dificultades horarias en el acceso al baño pueden provocar un incompleto vaciado vesical; la depresión, el tabaquismo, las alteraciones del sueño, el consumo excesivo de cafeína, la toma de benzodiazepinas, el alcoholismo y la enuresis también pueden llegar a influir en los procesos incontinentes (20).

3.1.4 Clasificación de Incontinencia Urinaria

Existen otras clasificaciones de IU pero si se toman en cuenta los *aspectos sintomáticos*, la IU se clasifica en (9,12):

- **IU de esfuerzo (IUE):**

Pérdida involuntaria e incontrolable de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (incluidos la tos y los estornudos); se produce como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral, por hipermovilidad uretral, o por un defecto en las paredes interiores de la uretra que origina una disminución de la resistencia a la salida de orina. Según la bibliografía, se coincide en que es el tipo de IU más frecuente en la mujer situándose en un 45% de los casos de incontinencia (12,15,25,26).

Factores de riesgo de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo:

La etiología de IUE es multifactorial, existiendo factores que **predisponen** como la raza, sexo, neurológico, muscular, anatómico, colágeno y familiar, que **desencadenan** como la obesidad, enfermedad pulmonar, fumar, menopausia, constipación, recreación, ocupación, medicamentos y la infección y que **promueven** como el parto, histerectomía, cirugía vaginal, cirugía pélvica radical, radiación y la lesión. Las cuales

se pueden combinar y agregarse otros factores que descompensan e intervienen para dar lugar a la IUE, al igual como sucede en el desarrollo de las disfunciones del suelo pélvico.

Clasificación de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo:

Se considera que la IUE se produce ya sea por hipermovilidad uretral o por deficiencia intrínseca del esfínter, Blaivas plantea su clasificación basada en estudio de videourodinamia y la esencia es que separa las dos grandes causales de incontinencia en *hipermovilidad uretral* (tipo O, I, II) y la *deficiencia esfinteriana* (tipo III). Las cuales son:

- **Tipo O:** Historia típica de IUE pero no se puede demostrar durante el examen, probablemente la paciente evita el escape urinario mediante contracción momentánea del esfínter uretral externo.
- **Tipo I:** Mínimo descenso del cuello vesical y la uretra con incontinencia aparente, sin cistocele.
- **Tipo II:** Cistouretrocele obvio con escape urinario evidente durante el esfuerzo.
- **Tipo III:** Cuello vesical abierto durante el llenado, escape urinario con mínimo esfuerzo o permanente a través del meato.

Además desde el punto de vista clínico y según la magnitud del esfuerzo se clasifican en:

- **Grado I o Leve:** Ocurre a grandes esfuerzos (tos, estornudo y risa).
 - **Grado II o Moderada:** Ocurre a medianos esfuerzos (movilizar objetos pesados, ejercicios, etc.).
 - **Grado III o Severa:** Ocurre a pequeños esfuerzos (pararse, caminar, subir escalas o bus, cambiar de posición en la cama, etc).
- **IU de urgencia o de estrés (IUU):**
Pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida inmediatamente por un deseo imperioso de orinar; se debe a un aumento en la contractilidad de la vejiga urinaria.
 - **IU mixta (IUM):**
Pérdida involuntaria de orina asociada a las incontinencias de esfuerzo y de urgencia.

3.2 SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico (SP) es un sistema de músculos y ligamentos que cierran el suelo del abdomen manteniendo en posición correcta y en suspensión los órganos pélvicos en contra de la fuerza de la gravedad. Los músculos que lo componen son ocho y se disponen alrededor del dorsal del clítoris, la base de la vejiga urinaria, la apertura vaginal y el recto. De su correcta conservación anatómica depende un buen desarrollo de su función como sostén y arco protector de estas estructuras.

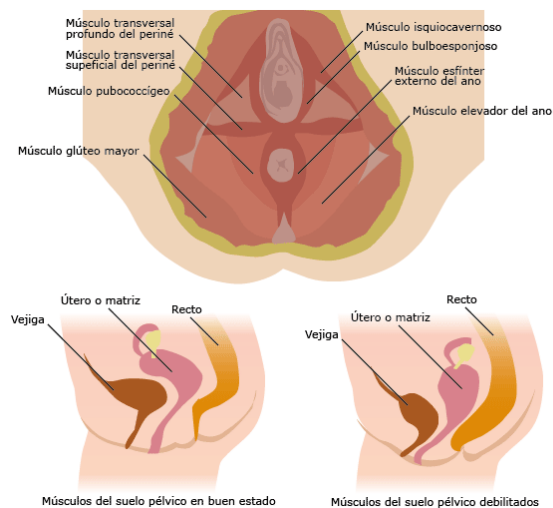


Figura 1: Patología del Suelo Pélvico

La base pelviana parece más una hamaca que un piso cuya función muscular tiene participación en los mecanismos esfinterianos uretral y anal, intervienen en la progresión del feto durante el parto, tiene un importante papel en la sexualidad y constituye el hiato de la porción terminal de los aparatos urogenital y digestivo. El debilitamiento del SP provoca una o varias de las siguientes disfunciones del SP: IUE, Prolapsos y Disfunciones sexuales.

El *músculo pubococcígeo* es el principal músculo del suelo de la pelvis. Tiene una conexión nerviosa que alcanza el nervio pélvico (del sistema parasimpático que conlleva a la contracción del detrusor), una ramificación que conecta el útero y la vejiga de la mujer. Si el músculo pubococcígeo es fuerte, se convierte entonces en el mayor transmisor de energía (2).

3.2.1 Conceptos de anatomía y fisiología

Músculos del suelo pélvico

El periné se encuentra limitado por el arco púbico por la parte delantera, ramas isquiopúbicas y tuberosidades isquiáticas lateralmente y ligamentos sacrociáticos mayor y menor en la parte trasera. Esto hace que tenga forma romboide.

El SP está formado por capas de músculos y otros tejidos, que se extienden desde el coxis hasta el hueso púbico. Un 70% de las fibras musculares del SP son las denominadas tipo I, que son mayormente responsables del tono del SP, mientras que un 30% lo constituyen las fibras tipo II, que son responsables del mantenimiento de fuerza restante.

Los músculos del SP se componen de seis capas diferentes de tejido. Desde la parte interior a la exterior estas son: el peritoneo pélvico (que cubre el útero, trompas de Falopio y la superficie de la vejiga), el peritoneo visceral (se trata de tejido conectivo que rellena el espacio entre los órganos pélvicos), músculos profundos y superficiales, grasa subcutánea y piel (27).

- Plano profundo (28):

Formado por el músculo elevador del ano, se localiza sobre los músculos superficiales y se insertan en el cóccix. Son los músculos más importantes del SP, dado que elevan el ano, y su principal función es la de control de la incontinencia urinaria y fecal, contrarrestando por tanto los cambios de presión intraabdominal. También dan soporte a la vagina, y al útero de forma indirecta, y sujetan la cabeza fetal durante el parto. Este plano está formado por tres pares de músculos profundos que se encargan de dar soporte a las estructuras pélvicas:

- *El músculo pubococcígeo*: rodea el recto y se inserta en el cóccix y parte inferior del sacro. Tienen un papel muy importante en el posicionamiento de los órganos en la pelvis.
- *El músculo puborectal*: se origina a ambos lados de la sínfisis del pubis, y rodea el recto posteriormente.
- *El músculo isquiococcígeo*: tiene forma triangular y se sitúa detrás del puborrectal. Abarca desde las espinas ilíacas y sacroilíacas hasta el cóccix y parte del sacro, teniendo una función de sostén.

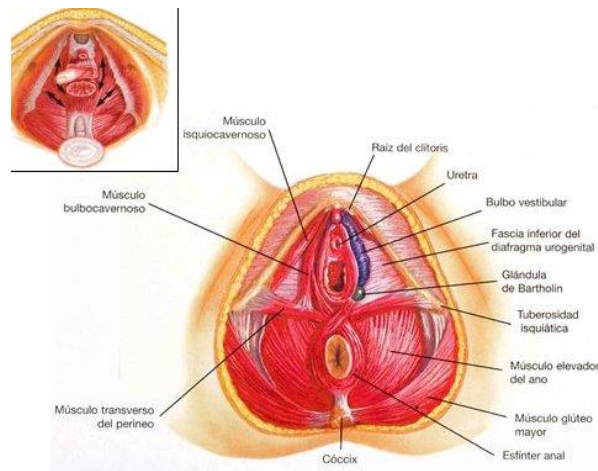


Figura 2: Músculos del Suelo Pélvico

- Plano medio:

Está constituido por el músculo transverso profundo del perineo y el músculo esfínter de la uretra.

- Plano superficial (28):

Se encuentra en la cavidad pélvica, extendiéndose desde el pubis hacia el cóccix, pasando por debajo de la parte anterior de los músculos elevadores del ano. Su función principal es la de soporte de la uretra, vagina y esfínteres.

Está constituido por los músculos bulbocavernoso (que sale del perineo y rodea a la vagina y uretra, insertándose en el cuerpo cavernoso del clítoris, debajo del arco púbico); isquiocavernoso (localizados desde la tuberosidad isquial e insertados en el cuerpo cavernoso del clítoris), músculos transversos superficiales (proporcionan un soporte extra a la parte central del periné, donde convergen en el centro tendinoso), esfínter anal estriado (que rodea el ano y se inserta en el cóccix) y esfínter membranoso de la uretra (formado por fibras musculares que rodean la uretra).

Funciones del suelo pélvico (29):

La efectividad de las funciones del SP depende de la conservación de la integridad de las fibras musculares y mantenimiento del tono muscular.

La disposición de los órganos pélvicos en condiciones normales son, desde el pubis hasta el cóccix, la vejiga, la uretra, el útero, la vagina, el recto y el ano. Esta disposición garantiza un correcto funcionamiento de la musculatura pélvica, de manera que cuando existe una alteración aparecen las disfunciones del suelo pélvico.

- **Función de sustento:** el SP tiene un papel fundamental en el soporte de vísceras internas, ya que mantiene los órganos abdominales y pélvicos respondiendo de manera automática a cualquier aumento de presión intraabdominal, y actuando además en contra de la fuerza de la gravedad (29).
- **Función esfinteriana:** la musculatura del SP mantiene la incontinencia urinaria i fecal, contribuyendo al adecuado cierre de la uretra y recto.
- **Función sexual:** los músculos del SP tienen un papel fundamental en la función sexual, ya que controlan las contracciones involuntarias de los músculos que ocurren rítmicamente durante el orgasmo, lo que estimula a su vez a un mayor número de fibras nerviosas (29).
- **Rotación y descenso del feto:** además, el SP facilita la flexión del sacro y cóccix, asistiendo a los movimientos del feto durante el parto, ya que permiten la rotación del feto en la pelvis, y consecuentemente su descenso en la cavidad pélvica (29).

3.2.2 Factores de riesgo asociados al debilitamiento del suelo pélvico

Factores como la práctica de deportes de impacto, el embarazo y parto y la menopausia hacen que la población femenina sea la que esté expuesta a un mayor riesgo de debilitamiento del SP y consecuente desarrollo de IU.

Práctica de deportes de impacto

Son los deportes considerados de “alto impacto” tales como correr, aeróbic, levantamiento de pesos o aquellos que conllevan saltos, los más frecuentemente relacionados con los problemas de IU.

Esto se debe a un aumento de la presión intraabdominal durante su práctica que carga negativamente el SP, contribuyendo a su debilitamiento. A esto puede sumarse que a veces se asocia una incorrecta respiración durante la práctica deportiva, manteniendo la respiración o realizando apneas, lo cual agrava más el problema.

Un estudio realizado en mujeres nulíparas de 21.5 años de edad media con diferentes prácticas deportivas mostró que las que practicaban deporte padecían IUE durante la práctica deportiva en un 62.8% de los casos, ocurriendo diariamente en un 60% de los casos. El porcentaje de mujeres incontinentes fue mayor en aquellas mujeres que practicaban deportes de impacto. En el caso de las mujeres que no realizaban deporte, la incontinencia estaba presente en un 34% de los casos (30).

Embarazo y parto

La primera evidencia existente con el daño del SP se evidencia con la momia de Henheit, quien vivió hacia el año 2500 a.C. Los cambios fisiológicos que tienen lugar durante el embarazo, tales como los producidos por la acción de ciertas hormonas como la progesterona y relaxina que relajan los músculos y ligamentos, así como el peso y crecimiento del feto y útero durante el embarazo son factores que debilitan los músculos del SP y estructuras adherentes. Además, el daño producido a nivel muscular durante el parto, mayormente producido durante el periodo expulsivo, hacen que embarazo y parto sean unas de las causas más comunes relacionadas con la disfunción del SP (31).

La IU es el episodio más frecuente en cuanto a la disfunción del SP, con una prevalencia en mujeres embarazadas del 40%, mientras que un 15% de mujeres experimentan estos síntomas en el puerperio (32). La IU, así como el prolapso genital e incontinencia fecal son más comúnmente asociadas con el parto. De hecho, ha sido demostrado que las mujeres que padecieron IU durante su primer embarazo o puerperio tienen mayor riesgo de que los síntomas prevalezcan a largo plazo (33).

Sin duda el embarazo y el parto constituyen un momento crucial en la vida de la mujer, en el que se altera la integridad anatómica y funcional de las estructuras del suelo de la pelvis. Diferentes autores han demostrado que las mujeres que han tenido hijos tienen mayor riesgo de pérdidas de orina frente a las nulíparas (34) y es que se ha demostrado que con el embarazo y el parto existe una pérdida en la integridad anatómica y funcional de las estructuras del SP. De hecho, un estudio reciente en el que participaron 5236 mujeres que tuvieron su primer hijo hace 20 años, muestra que el parto vaginal está asociado con el desarrollo de síntomas de IU cuando se compara con el parto por cesárea (35).

Menopausia

La edad es en sí un FR relacionado con la IU, dados los cambios anatómicos y funcionales que se dan en la vejiga y musculatura pélvica, así como la disminución en la secreción de estrógenos.

En mujeres menores de 60 años las mujeres tienen hasta cuatro veces mayor probabilidad que los hombres de padecer IU, mientras que en mujeres mayores de 60 años este riesgo es del doble.

Se incide en el debilitamiento del SP como una consecuencia a corto plazo en mujeres menopáusicas, situadas entre los 45 y los 60 años, incidiendo en la práctica de ejercicios de SP para su fortalecimiento (36).

3.3 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA

Realizar una correcta valoración de la Calidad de Vida (CV) de la paciente con IU no tiene sentido si antes no se analizan todos los factores que influyen en el proceso. Debemos tener presente qué tipo de IU, las causas que la propician y la presencia o no de disfunciones asociadas suponen factores de influencia en el curso y la estimación de la CV de la patología; por lo que el protocolo a seguir debe comprender, en primer lugar, una valoración exhaustiva, seguida de una exploración física detallada y, por último, el estudio de los efectos de la CV.

Toda valoración comienza con una anamnesis en la que se pueda recopilar toda la información relativa a la Historia Clínica (HC) de nuestra paciente. El diagnóstico clínico de la IU es un proceso que tiene y debe hacerse por parte del personal facultativo; pero es cierto que enfermería, como disciplina independiente, tiene herramientas suficientes para poder hacer una correcta valoración de la situación clínica de la paciente, desde un abordaje integral, y con una alta efectividad.

3.3.1 Valoración general y focalizada

En la valoración se deberán recoger todos los factores precipitantes, en especial aquellos que puedan constituir un FR para la IU.

- **Valoración general**

En la valoración general debemos centrarnos en la edad, el hábito tabáquico y alcohólico, la historia de estreñimiento en caso de que hubiese, calcular el IMC, presencia o no de menopausia, antecedentes de embarazos previos (partos vaginales y sus complicaciones, cesáreas, peso del recién nacido y antecedentes de entrenamiento del SP durante el embarazo), antecedentes patológicos como enfermedades neurológicas (accidente cerebrovascular agudo, demencia, parkinson, esclerosis múltiple, etc.), alteraciones metabólicas (diabetes mellitus y electrolíticas), enfermedades osteoarticulares e Intervenciones Quirúrgicas (IQ) previas, interesándonos sobre todo en aquellas que tienen relación con el SP, el abdomen y/o la columna (15). También es importante, realizar una

valoración específica de enfermería valorando las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson e identificar qué necesidades se verán afectadas y cómo repercutirán en la CV de la paciente.

La actividad profesional y las actividades deportivas también toman papel relevante. A las mujeres que se mantengan en activo profesionalmente, les preguntaremos qué tipo de trabajo realizan, si pasan muchas horas en bipedestación, si deben transportar pesos, etc. Entre las profesionales más lesivas para el SP se encuentran: las dependientas, las profesoras, las auxiliares de clínicas y celadoras, las cuidadoras de ancianos y niños, las profesoras de aeróbic, etc. Por su parte, en relación al deporte que realicen, está demostrado que valores de presión intraabdominal demasiado elevadas o hiperpresivas como al realizar ejercicios abdominales, baloncesto, aeróbic, tenis, etc., suponen un factor de riesgo perineal (37).

- **Valoración focalizada**

En la valoración focalizada el objetivo es centrarse en la IU propiamente dicha, es decir, identificar el tipo de fuga, los signos y síntomas asociados y la cuantificación de dicha pérdida. Preguntaremos acerca de cuándo empezaron las pérdidas de orina y en qué situación se dieron. En caso de que hubiese un factor precipitante (inicio de farmacoterapia, IQ reciente, enfermedad concomitante, etc.) lo analizaremos detenidamente y dejaremos constancia de si el paciente lo considera como desencadenante o no. Es elemental investigar la causa de la pérdida (con la realización de esfuerzos, con la tos, al reírse, etc.), el deseo miccional antes de los escapes, cuándo son más predominantes (de día o de noche) y su forma de presentación (en forma de gotas, de manera intermitente o continua, como residuo postmiccional, etc.), ya que obtendremos importante información acerca del tipo de IU (15,37). La mayoría de las veces, después de que hayamos finalizado la anamnesis, ya tendríamos de suficientes datos para identificar si el paciente sufre una IUU, IUE o IUM.

En cuanto a la frecuencia de micción, deben valorarse no solo el número de micciones diarias, sino además el aporte hídrico de la paciente y el tipo de bebida. Una herramienta que puede ser muy útil para este registro es el *diario miccional* (15,37) (Anexo I). En él, la paciente ha de anotar todas las “entradas” y “salidas” de líquidos, las veces que orina y qué escapes hay; se debe adjuntar también la fecha, hora y circunstancias en las que se

producen los escapes (con la tos, al estornudar, realizando gimnasia, sintiendo una urgencia imperiosa,...). El diario miccional ha de recoger los datos durante 24 horas seguidas, de modo que en la próxima consulta nos dé información acerca de la posible causa, gravedad y frecuencia de la IU.

Finalmente, otro aspecto importante a evaluar, es la gravedad de la sintomatología. Para este cometido el test de Sandvik (15,38) (Anexo II) es fácil de manejar y utiliza como referencia la frecuencia y la cantidad de pérdidas.

Es importante tener en cuenta que la gravedad de la IU no solo depende de la cantidad y frecuencia de los escapes, sino también del impacto en la CV de la paciente.

3.3.2 Exploración física

Para la exploración física tendremos en cuenta la información que nos facilitará un primer vistazo de la paciente mientras entra en nuestra consulta, es decir, presencia o no de obesidad, dificultades a la hora de caminar, disminución de la agudeza visual, etc. Posteriormente hablaremos con nuestra paciente y le explicaremos la necesidad de realizar la exploración física y lo que sentirá durante su realización.

La valoración física consistirá en:

- *Comprobar la existencia de pérdidas de orina con el esfuerzo:* pediremos a la paciente que se coloque en posición ginecológica en la camilla y le diremos que realice la maniobra de Valsalva (tosar), de modo que podamos confirmar la pérdida de orina y IUE. En caso de que la pérdida de orina no pueda objetivarse, podremos pedir a la paciente que se ponga de pie y que realice otra vez la misma maniobra con las piernas ligeramente separadas (15).
- *Evaluar el trofismo de la mucosa vaginal:* mientras la paciente mantiene la posición ginecológica, debemos valorar el introito vaginal y evaluar el estado de la mucosa externa, observar también si existen cicatrices de intervenciones anteriores (episiotomía, desgarro vaginal, etc.) o alguna anomalía que llame nuestra atención y que pueda ser responsable de asimetrías en la musculatura perineal y desencadenantes de IU (37).
- *Exploración abdominal:* realizarse con el fin de poder eliminar indicios de globo vesical o masas abdominales o pélvicas que pudiesen comprimir la vejiga.

- *Valoración muscular del SP:* dos indicadores del estado de la musculatura perineal a nivel visual son el diámetro de apertura de la vagina y la distancia ano-vulvar (37). En condiciones de normalidad, el introito vaginal se encuentra cerrado en estado de reposo, a excepción de mujeres multíparas que presentan una ligera apertura. Dicha apertura puede clasificarse en tres grados en función del diámetro del introito. Por lo general, se considera una apertura normal cuando el diámetro del introito vaginal no supera los 25 mm.

Por otro lado, la distancia ano-vulvar mide la longitud del centro tendinoso del periné, que es el punto de inserción de la musculatura perineal, y cuya longitud normal se sitúa entre los 25 y 35 mm.

- *Presencia de prolapsos:* hace referencia al descenso total o parcial de la uretra (uretrocele), vejiga (cistocele), recto (rectocele), asas intestinales (enterocele) o útero (histerocele) a través de las paredes vaginales (37).
- *Valoración neurológica:* podemos evaluar la función sensorial de nuestra paciente comprobando los dermatomas lumbosacros y confirmando si es capaz de distinguir entre el tacto ligero, el pinchazo de una aguja y la sensación de frío (37).

3.3.3 Cuestionarios de valoración de la Calidad de Vida

Como se ha visto, la realización de la HC y la exploración física permite orientar de manera muy segura la tipología de la IU. Sin embargo, como enfermeros, sabemos que en ocasiones es mucho más importante el impacto que se produce a nivel psicológico y social que físico, quedando claro que además de la valoración de los puntos anteriores se necesita también evaluar el *grado de satisfacción en la CV* de las pacientes. Así, debemos evaluar en cada caso, además de los síntomas asociados a la IU, los grados de afectación que se producen dependiendo de las particularidades de cada paciente.

Siguiendo las recomendaciones de *la International Consultation on Incontinence (ICI)*, se considera de especial importancia el desarrollo de instrumentos de naturaleza simple que permitan diferenciar desde el principio el tipo de IU y el grado de afectación de la paciente, permitiendo poder ajustar en un futuro posibles intervenciones y actividades enfermeras.

En la actualidad, la práctica clínica tiene a su disposición varios instrumentos capaces de dar respuesta a este cometido. Estos cuestionarios pueden clasificarse en dos categorías:

por un lado están los cuestionarios que valoran de forma específica la CV relacionada con la IU (específicos) y, por otro, los cuestionarios que valoran la CV relacionada con la salud de forma general (genéricos). Estos últimos, son independientes de las enfermedades o condiciones previas de los pacientes y fueron generados de modo que se pudiese estudiar el estado de percepción de la salud de diferentes grupos tanto en enfermedades agudas como crónicas.

En el presente trabajo trataremos los cuestionarios específicos ya que, como hemos dicho con anterioridad, valoran la CV relacionada con la IU.

- **Cuestionarios Específicos**

Los cuestionarios específicos tienen la ventaja de que han sido diseñados para que los profesionales sanitarios puedan explorar, con total profundidad, la repercusión que tiene una determinada enfermedad en un grupo concreto de pacientes. La gran mayoría de este tipo de cuestionarios se ha cimentado en el ámbito clínico y tienen como cometido fundamentar las decisiones clínicas; y en este caso, además, medir el impacto de la IU en la CV.

En nuestro país podemos encontrar diferentes cuestionarios para la evaluación de la IU en la actividad asistencial desde la perspectiva del paciente, siendo el International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) y el King's Health Questionnaire (KHQ) los dos más utilizados, ya que disponen de versiones adaptadas a nuestro idioma y son específicos para la incontinencia. El hecho de que estos dos cuestionarios sean tan importantes radica en la idoneidad de su uso para explicar y describir el menoscabo que produce la IU en la CV de la mujer y también en su capacidad para diferenciar los distintos tipos de IU.

International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ)

Según dispuso el comité de expertos de la ICI, existía una gran cantidad de cuestionarios para la valoración de la IU, y esa gran diversidad dificultaba la comparación de resultados entre estudios, por lo que era necesario disponer de un instrumento que fuese utilizado por el mayor número de investigadores. Así, este comité, creó un nuevo cuestionario: el International on Incontinence Questionnaire (39). Poco más tarde, se desarrolló una versión reducida del mismo, el ICIQ Short Form (ICIQ-SF), que tenía como

objetivo incrementar su utilidad tanto en el ámbito de la investigación como en la práctica asistencial.

El ICIQ-SF (Anexo III) es un cuestionario autoadministrado que consta de 3 ítems (frecuencia, cantidad e impacto) y 8 preguntas adicionales que ofrecen una idea orientativa sobre la tipología de la IU. Estas últimas preguntas no tienen el propósito de aumentar el índice global del cuestionario, sino de ofrecer una descripción más detallada de las circunstancias que rodean a la IU de la paciente. Así pues, la puntuación total de cada paciente viene calculada con la suma de los tres primeros ítems, con un rango que oscilará entre los 0 y los 21 puntos.

Este cuestionario ha sido creado para la detección de la IU en cualquier ámbito asistencial, tanto para hombres como para mujeres, por lo que su versión final fue traducida y adaptada culturalmente en diversos países. En este contexto, la versión española ha demostrado ofrecer unos altos índices de fiabilidad, consistencia interna y validez a la hora de describir el impacto de la IU en la vida de los pacientes, y también ofrecer una orientación aproximada sobre el tipo de IU ante la que nos encontramos (40)(41).

Kings Health Questionnaire (KHQ)

El KHQ (Anexo IV) también es un cuestionario autoadministrado y está destinado específicamente a la evaluación de la CV de la mujer con IU mediante el análisis de las áreas física, social y mental (42). Consta de 21 ítems que se distribuyen conforme a 9 dimensiones de valoración: percepción del estado de salud general (1 ítem), afectación por problemas urinarios (1 ítem), limitaciones en las actividades cotidianas (2 ítems), limitaciones sociales (2 ítems), limitaciones físicas (2 ítems), relaciones personales (3 ítems), emociones (3 ítems), sueño/energía (2 ítems) e impacto de la IU (5 ítems). Cada ítem es valorado según una escala de respuesta tipo Likert que da la opción de 4 respuestas posibles. El rango de puntuaciones de cada dimensión va de 0 (que reflejaría el menor impacto de la IU y, por tanto, una mejor CV), a 100 (mayor impacto y peor CV). Como resultado, este cuestionario nos permite obtener un valor integral de la CV de la paciente con IU, y también, otro valor más específico para cada dimensión dentro de la propia escala (40).

El KHQ fue validado al español por Xavier Badia y Cols. y ha demostrado poseer los adecuados índices de validez y fiabilidad para poder valorar la CV de las mujeres con diferentes tipos de IU. Además este cuestionario, en caso de que se quiera o se necesite

saber qué tipo de incontinencia de cada persona que lo realice, cuenta con un apartado destinado a los síntomas urinarios, que no se tiene en cuenta a la hora del cálculo de la puntuación global y de las dimensiones a las que afecta la IU, pero sí para saber de qué tipo de incontinencia hablamos. En este último apartado la paciente señalará aquella sintomatología que padece valorando la intensidad de su afectación como poca, moderada o mucha.

3.3.4 Afectación en la calidad y estilo de vida: aspectos psicosocioculturales

La valoración de la CV relacionada con la salud no es un concepto nuevo, ya que el Comité Científico Internacional de París en 2002 estableció entre las pruebas diagnósticas recomendables para cualquier patología “la valoración de la calidad de vida y síntomas adicionales”, y en especial, “los aspectos social y cultural” que rodean a estas pacientes (43). Por su parte, la CV en sí, es un concepto abstracto y se utiliza normalmente para describir la percepción individual de bienestar físico, psicológico y social (44).

Debemos tener presente que hasta un 50% de las pacientes no consultan su problema con los profesionales de la salud a pesar de que viven su incontinencia con gran dificultad. Las razones por las que no buscan atención pueden ser varias. Algunas pacientes creen que deben llegar a aceptar su situación con resignación y aprenden a vivir con la incontinencia, otras muchas piensan que se trata de un problema sin tratamiento, a muchas les produce vergüenza hablar del tema y otras creen que existe un conocimiento insuficiente sobre la incontinencia por parte del personal sanitario. Cabe destacar además que, muchas veces, es el propio profesional de salud el que muestra una falta de sensibilidad o minimización de la importancia del problema, llegando a no ofrecer una atención adecuada. Por ello, con el objetivo de saber cuál es la atención idónea que deben recibir esas pacientes, se hace necesario revisar cuáles son las preocupaciones, angustias y dificultades que encuentran las mujeres con IU y cómo cada una de ellas percibe el problema como parte de su vida. Estos resultados a largo plazo pueden ser utilizados como guía de procedimientos para eliminar o disminuir las barreras percibidas durante la elaboración de intervenciones enfermeras, y así podemos apoyar un enfoque educativo que colabore en el fomento de discusiones abiertas en las que las mujeres puedan colaborar con sus vivencias y sentimientos.

3.4 PREVENCIÓN E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

3.4.1 Prevención

Hablar de prevención de la IU significa adoptar una serie de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales en nuestras pacientes; pero también impedir que esas deficiencias, una vez que se hayan producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas. Por ello, una gran parte de materia de prevención de la incontinencia estará integrada en las intervenciones de enfermería.

El mayor problema de la IU es que la mayoría de las veces no presenta una causa bien definida, sino que se compone de un cúmulo de circunstancias que la precipitan y entre las que intervienen varios factores, siendo en estos casos donde se recomienda ofrecer las medidas preventivas. La prevención en materia de continencia, hoy en día, está un poco apartada y tanto pacientes como profesionales no suelen ser conscientes de los problemas de este trastorno hasta que los escapes se han presentado. Por ello, lo más adecuado y razonable es centrarse en una Educación para la Salud (EpS) integral e integradora, que incluya a los diferentes grupos de edad, las posibles situaciones de riesgo y cómo prevenirlas, para que este tipo de trastornos nunca lleguen a manifestarse o, si lo hacen, que sea con el menor grado posible.

Según Quintanilla Sanz A (20), educadora para la continencia, estableció en una publicación una serie de actividades encaminadas a la prevención desde un punto de vista de la EpS, entre ellas se incluían: charlas informativas en escuelas y asociaciones rurales, tanto para adolescentes como para personas adultas; atención especial a chicas deportistas; dedicación, por parte de los profesionales sanitarios, a las diferentes etapas de la vida de la mujer, durante el embarazo, en el postparto y la menopausia; y la preintervención y/o postintervención en caso de la realización de cirugías (histerectomías, etc.). Para esta autora, el punto fuerte de la prevención está en la EpS de chicas adolescentes antes de que lleguen a situaciones de riesgo, haciendo hincapié para la formación en el mantenimiento de una parte de su cuerpo que tendrá una importancia crucial en su vida.

Todo ello, nos lleva a pensar que la base de todo tratamiento es evitar que el trastorno llegue a manifestarse, ocupando enfermería un papel crucial en este sentido, potenciando sus acciones, sus conocimientos y trabajando para aportar su grano de arena en la colaboración interdisciplinar, que es la única vía válida para conseguir la excelencia en

la calidad de la atención. En definitiva, fomentar el conocimiento de las enfermeras sobre recursos comunitarios existentes para el desarrollo profesional, la derivación y la asistencia continuada.

3.4.2 Intervenciones de Enfermería

El abordaje de la IU dentro de la enfermería es multifactorial, y debe seguir un orden de intervenciones de menor a mayor agresividad. Los tratamientos más conservadores están indicados a todo tipo de pacientes con incontinencia como primera opción, ya que son menos agresivos y más seguros que otros tratamientos. Debemos explicar a las pacientes todas las opciones posibles, de este modo disminuirémos su temor ante el problema, ya que muchas veces tienden a pensar que la cirugía es el único tratamiento disponible.

La enfermería tiene un papel fundamental en el tratamiento conservador de la IU, que incluye, además de las modificaciones en los hábitos de vida, dos técnicas fundamentales de modificación de conducta: la reeducación vesical (RV) y la reeducación o rehabilitación del suelo pélvico (RSP). Según estudios publicados, estas técnicas conducen a una mejora significativa de los episodios de incontinencia de un 50 a un 75% (2,3,6,45,46). Además, las técnicas de modificación de conducta, requieren de mucha motivación por parte del personal de enfermería para conseguir que la paciente sea capaz de seguir la terapia por largo tiempo.

Lo deseable de las intervenciones de enfermería es que pueden variar dependiendo del tipo de IU, ya que no siempre podemos perseguir como objetivo final que la paciente sea completamente continente. Muchas pacientes encuentran aceptable la persistencia de una IU de tipo leve, lo que debe tenerse en cuenta a la hora de valorar el éxito y el fracaso de un tratamiento, por lo que la disminución del número de episodios de IU puede ser suficiente para mejorar la CV de la paciente.

Es importante destacar también que deben establecerse metas que sean aceptables y alcanzables, ya que en muchas ocasiones la prioridad que tiene el paciente difiere del criterio que tiene el personal de enfermería, y puede resultar muy frustrante intentar alcanzar la continencia en un periodo de tiempo irreal. Por ello, uno de los problemas más comunes a la hora de planificar los objetivos para esas mujeres es determinar cuáles serán los objetivos más importantes, y cuál de ellos es necesario alcanzar en primer lugar.

Los objetivos a alcanzar son los siguientes: modificación de los hábitos de vida, evitar la obesidad, modificar la ingesta de líquidos, abandonar el hábito tabáquico, evitar el estreñimiento, eliminar barreras que dificulten o ralenticen la micción, cuidar el SP, vaciado vesical con la frecuencia adecuada.

- *Medidas de modificación de la conducta.*

El objetivo de estas técnicas es intentar devolver un patrón normal de vaciamiento vesical, promoviendo así la continencia urinaria. Estas intervenciones están consideradas altamente eficaces y para su realización con las pacientes es indispensable una adecuada capacidad física y mental, así como una estimulación adecuada por parte del personal de enfermería que permita su aprendizaje.

Las medidas de modificación de la conducta abarcan las siguientes técnicas: la reeducación vesical, el entrenamiento del SP, el uso de conos vaginales y las bolas chinas.

- **REEDUCACIÓN VESICAL (RV):**

El objetivo principal de la RV se basa en la modificación del hábito miccional de la paciente y para ello enseñaremos a: aumentar la inhibición cortical sobre el centro miccional, con el fin de restablecer el control perdido sobre la vejiga; aumentar la capacidad vesical para favorecer el autocontrol sobre la micción, mejorar el reflejo muscular esfinteriano, enseñando a la paciente a contraer selectivamente la musculatura del SP durante la urgencia; y enseñar a inhibir las contracciones parasitarias del detrusor, disminuyendo la sensación de urgencia. La RV es un trabajo propio de enfermería y no se ciñe únicamente a la recuperación de la musculatura, es un proceso que va más allá y requiere del establecimiento con la paciente de unos vínculos, ya que para algunas mujeres la IU sigue siendo un tabú y este procedimiento puede llegar a resultar demasiado íntimo (2,6).

Existen diferentes tipos de reeducación de la micción según el tipo de IU, puede ser: programada, retardada, estimulada, entrenamiento vesical y doble vaciamiento.

- **REHABILITACIÓN DEL SUELO PÉLVICO (RSP):**

La kinesoterapia para fortalecer los músculos del suelo pélvico (MSP) se desarrolló en 1948 por Arnold kegel, y desde entonces ha demostrado ser una gran opción como terapia física para el tratamiento de la IUE, la IUU derivada de la hiperactividad vesical y la IUM (47). Hoy en día, son muchos los estudios que han empezado a revelar los resultados positivos de esta técnica en sesiones en grupo, que además de ser efectiva, tiene un bajo coste, lo que aumenta el número de mujeres que tienen acceso al tratamiento. Cabe señalar además, que la terapia física del SP, debe considerarse no solo como un tratamiento, sino también como prevención de la IU; ya que su aplicación sistemática durante el embarazo y el puerperio evitarán la mayoría de las veces la aparición de síntomas (46).

Es importante tener en cuenta que el objetivo de la RSP es diferente en función de si estamos interviniendo en la IUU y la IUE. En la IUE, el objetivo principal se centra en aumentar la eficiencia del esfínter uretral externo, lograr ocluir la uretra y que la presión de cierre uretral sea mayor que la abdominal tanto en reposo como con la realización de esfuerzos (con la contracción del SP se consigue que la uretra se desplace en sentido antero-superior y aumente la presión uretral); necesitando un grado elevado de control y fortaleza sobre la musculatura. Por otro lado, en la IUU, el objetivo se centrará en eliminar la urgencia mediante la contracción del SP, lo que no requiere tanta fortaleza ni control (48).

Antes de enseñar a una paciente como fortalecer los MSP es necesario saber en qué contexto estaría indicado hacerlo, y según Castro Mandrigal A y Cols. (48), es en las siguientes situaciones:

1. En la IUE moderada-leve: sobre todo si la técnica se aplica a pacientes jóvenes (hasta los 60 años) y motivadas que participen en programas supervisados de más de tres meses. En este grupo se recomienda que se cuente con la instrucción adecuada por parte de personal de enfermería y fisioterapia, ya que está demostrado que de forma contraria entre un 30 y un 70% de las pacientes no aprenderán a realizarlos de forma efectiva.
2. En la IUE grave: el tratamiento en este tipo de pacientes siempre será la cirugía, pero es muy probable que siguiendo la práctica de estos ejercicios consigan mejores resultados a largo plazo.
3. En la IUU e IUM: existe la evidencia suficiente de que este tipo de terapias es beneficiosa en el control de la urgencia vesical.

4. En la IU y fecal postparto: la prevalencia de IU durante el embarazo varía entre el 38 y el 61% y durante el postparto se estima que un 10% de las puérperas sufrirán IUE permanente; por ello, la Comisión de Clínica Práctica de la Sociedad Canadiense de Ginecología y Obstetricia, basándose en la Guía de la Canadian Task Force, recomienda la RSP en el postparto inmediato, con el fin de disminuir en un futuro el riesgo de padecer IU.

Una vez se ha determinado a las pacientes sobre las que se va a intervenir, es hora de estructurar cómo se les va a enseñar a fortalecer la MSP, para lo que se dividirá el aprendizaje en cinco fases:

- A. **Establecimiento de la utilidad del tratamiento rehabilitador:** para determinar la necesidad del tratamiento es importante examinar la integridad del músculo elevador del ano, en particular el músculo pubococcígeo. Y la mejor forma de hacerlo es mediante el tacto vaginal. El objetivo de esta exploración es evaluar la fuerza de contracción del músculo elevador del ano, el tiempo que la paciente es capaz de mantener dicha contracción y las veces que puede repetirla. La evaluación se hará mediante la escala modificada de Oxford o escala de laycock. Hay ciertos casos en los que a la paciente le resulta imposible contraer dicho músculo, por lo que nos debemos plantear la posibilidad de que este músculo este tan deteriorado que pueda ser imposible realizar un entrenamiento efectivo (48); por ello, las pautas de trabajo varían en función de las peculiaridades de cada individuo y sus necesidades, por lo que se deberá hacerse paciente a paciente y con un alto grado de individualización, incluyendo en su planificación las necesidades y aptitudes para el aprendizaje (49). Además, si una cosa está clara, es que la terapia ha de estar conducida por un experto, y en la cual enfermería tiene un papel fundamental (38).
- B. **Fase de información:** en esta fase se explicará a la paciente la anatomía de la zona, en qué consiste el entrenamiento muscular y la importancia de que realice los ejercicios en su casa. Es importante que el personal de enfermería sepa ganarse la confianza de la paciente para conseguir resolver el problema, ya que se trata de un tema delicado en relación a una zona íntima (15,48).
- C. **Fase de identificación:** esta fase es muy importante. Se debe tener en cuenta que un 40% de las mujeres no saben contraer su periné a pesar de haber recibido las instrucciones necesarias, contrayendo los músculos abdominales en su lugar o, en

vez de contraer el SP, empujándolo. Lo que se busca es la contracción del músculo pubococcígeo, sin apnea y evitando la contracción de músculos antagonistas (glúteos, aductores, rectos abdominales), y para ello la instrucción verbal suele ser suficiente (49). Puede enseñarse a una mujer a contraer su MSP con las siguientes técnicas (15):

- *Pidiéndole que interrumpa el chorro de orina:* la paciente ha de estar sentada, con el tronco inclinado hacia delante y las piernas separadas; entonces cuando vaya a orinar deberá parar el chorro a mitad de la micción. Esta práctica de “stop pipí” no es recomendable si hay trastornos en la función miccional y durante un periodo prolongado.
- *Mediante tacto vaginal:* técnica por la cual la enfermera valora si la mujer ha contraído el SP por palpación, pidiéndole a la paciente que realice la misma maniobra que para la micción.
- *Visualizando el perineo en un espejo:* observando como asciende el introito de modo simultáneo a la contracción perineal.
- *Observando el movimiento ascendente de una sonda:* situada en el introito al contraer los MSP.

Para que la paciente pueda asegurarse de que lo hace de forma adecuada, las contracciones siempre deben ser aprendidas bajo palpación vaginal con el uso de los dedos índice y medio apoyados en las dos ramas del elevador del ano; además, es recomendable que sitúe la otra mano en el abdomen, con el fin de discutir posibles contracciones parasitarias (48). Existen casos en los que se puede llegar a instruir a la paciente “in situ”, de modo que se puedan ir corrigiendo los errores que vaya cometiendo.

- D. **Fase de entrenamiento o cinesiterapia:** aquí es donde se realizan los ejercicios propiamente dichos. Antes de empezar, es recomendable relajar los MSP durante tres o cuatro minutos, y puede hacerse de dos formas: una es de rodillas, con el cuerpo inclinado hacia adelante, apoyando los antebrazos en el suelo y la cabeza en las manos; y la otra, tumbada en el suelo, en decúbito supino, con un cojín bajo la pelvis y las piernas sobre una silla (15,48).

El SP está compuesto por dos tipos de fibras, como ya hemos mencionado con anterioridad, las de tipo I y II, por lo que es necesario enseñar a las pacientes los dos tipos de contracciones diferentes:

- *Fibras de tipo I:* se entrenan mediante contracciones lentas y mantenidas del elevador del ano. Estas contracciones han de ser tan intensas como se pueda, debiendo aguantar la contracción al menos 5 segundos y relajando otros 10 segundos (evitando así la fatiga muscular).
- *Fibras de tipo II:* se entrenan con altas cargas y pocas repeticiones de contracciones rápidas de 2 segundos.

La secuencia de ejercicios rápidos y lentos deberá repetirse al menos tres veces al día (mañana, tarde y noche) durante 10 minutos (ya que un tiempo inferior resulta ineficaz), se empezará por un número reducido de contracciones y daremos pautas para que la paciente vaya aumentándolas progresivamente. Los ejercicios de RSP se realizan en diferentes posturas (decúbito, sedestación y bipedestación). Se debe respirar profundamente durante los ejercicios, de modo que se relajen los músculos pélvicos durante la inhalación y se contraigan durante la exhalación.

Según la guía de ejercicios para el fortalecimiento del SP, los ejercicios para la potenciación del SP se dividen en cuatro niveles, sumando un quinto al final para la reeducación al esfuerzo; de modo que cuando se realicen los ejercicios de cada nivel sin dificultad podrá pasarse al siguiente. De cada ejercicio recomendado deben hacerse 5 repeticiones lentas, es decir, 10 segundos de contracción y 10 segundos de reposo (si los primeros días la paciente no aguanta 10 segundos de contracción, puede empezar por 3 o 4 e ir subiendo progresivamente hasta que llegue a 10), y 5 repeticiones rápidas, es decir, 4 segundos de contracción para soltar tan rápidamente como pueda y permanecer 8 segundos en reposo.

La intensidad en la realización de los ejercicios ha de ser la máxima posible, de forma que cuando se vayan adquiriendo nuevos progresos se incremente su intensidad y duración, pudiendo incluso hacer los ejercicios contra-resistencia usando conos vaginales. Por término general, se recomienda realizar los ejercicios con una frecuencia entre dos y cinco veces por semana, ya que se ha demostrado que una frecuencia menor no es eficaz, y una mayor no conlleva a una mejor recuperación. Si la paciente es constante y regular con los ejercicios puede empezar a

notar que es capaz de controlar los escapes en seis semanas; aunque normalmente se establecen periodos entre tres y seis meses en sujetos jóvenes y de mediana edad y más de seis meses en mayores de 60 años (48).

- E. **Fase de mantenimiento:** Al ser la disfunción del SP un trastorno crónico que va empeorando con el paso del tiempo, una vez que se haya conseguido fortalecer la musculatura no se debe abandonar el hábito, ya que en 10 o 20 semanas la mejora obtenida podría desaparecer. Lo recomendable es ir reduciendo la pauta de entrenamiento poco a poco, manteniendo su intensidad y adaptando la frecuencia y duración; llegando a una rutina deseable de 15 minutos, dos veces al día, una o dos veces por semana.

Estas pacientes necesitan mucho apoyo y seguimiento por parte del personal de enfermería, por lo que una opción podría ser supervisar sus ejercicios al domicilio cada cierto tiempo y así reforzar en aquellos aspectos necesarios (20)(50). Una mayor motivación se traduciría en la realización de los ejercicios durante más tiempo, lo que aseguraría su eficacia a largo plazo. Además, es conveniente indicar su realización asociada a determinadas situaciones de la vida cotidiana, como al terminar de orinar, contestar al teléfono, esperar en un semáforo o al ascensor, antes o después de subir escaleras como medida de prevención, etc.; teniendo en cuenta que solo se podrán hacer los ejercicios de contracción rápida, ya que los de contracción lenta requieran contar el tiempo (15,48).

Los efectos de la RSP han sido demostrados en multitud de estudios publicados. En 2011, Nascimento Correia G y cols. (47), publicaron un estudio aleatorizado controlado que evaluaba los efectos de la kinesioterapia sobre la CV, el nivel de presión y la función de los músculo del SP sobre un grupo de 45 mujeres con IU. Los resultados demostraron que el empleo regular de los ejercicios de Kegel aumentaron, tanto la fuerza de los MSP, como la mejora de la IU y de la CV. Los datos fueron verificados mediante el uso del Kings Health Questionnaire (KHQ) y mostraron ser concluyentes con estudios anteriormente publicados, llegando a reducir la incontinencia hasta el 60% de los casos.

- **CONOS VAGINALES:**

Los conos vaginales son una buena opción para ejercitar los MSP en el propio domicilio, su utilización es muy sencilla y requiere de poco adiestramiento por parte del personal de enfermería. Son muy útiles para pacientes que presentan IUE y una buena forma de prevenir la IU postparto, siendo imprescindible su realización tener la suficiente capacidad contráctil en el periné y control sobre los ejercicios de Kegel.

Los conos vaginales están formados por un juego de cinco conos que tiene el aspecto de un tapón vaginal. Todos están hechos del mismo tamaño, 5 centímetros de largo por 2 de diámetro, pero tienen distinto peso, pudiendo variar de 10 a 70 gramos. En su extremo distal tienen un hilo de nailon, como si fuese un tampón, para que puedan retirarse con facilidad. Al colocar el cono en la cavidad vaginal este tiende a salirse hacia fuera por acción de la gravedad, lo que obliga a la mujer a contraer de forma refleja los músculos de la pelvis en un intento de sostenerlo.



Figura 3: Conos vaginales

De este modo, a la mujer le resulta sencillo identificar cuáles son los músculos implicados en la continencia, y al ir incrementando el peso de los conos de forma gradual va aumentando la fuerza de éstos. Un inconveniente que pueden presentar es que su uso ha de restringirse durante la menstruación, después del coito, con infección vaginal o en presencia de prolapsos. Además, variaciones anatómicas de la vagina, como la laxitud de sus paredes o alteraciones en su diámetro, pueden hacer que el cono se aloje transversamente pudiendo llegar a producir heridas.

Los conos pueden usarse tanto en la fase activa como de mantenimiento de la RSP. Es recomendable comenzar con un cono que la mujer sea capaz de mantener sin contracción voluntaria del periné, e ir aumentando en peso poco a poco. Los ejercicios han de hacerse durante 15 minutos, dos veces al día y en deambulación, además se recomienda usarlos durante las actividades cotidianas, ante los distintos esfuerzos y en diferentes posiciones, evitando siempre la posición sentada (48).

- **BOLAS CHINAS:**

Las bolas chinas tienen una utilidad muy similar a los conos vaginales. Son dos bolas unidas por el centro con un cordel, y en su interior poseen una bola más pequeña que vibra con el movimiento. Para usarlas, la mujer ha de introducirse en la vagina y caminar; es suficiente con utilizarlas 10 minutos al día. Con el movimiento, las bolitas que tienen en su interior, producen una vibración que estimula las paredes vaginales e incrementa el flujo sanguíneo de la zona genital, favoreciéndose la mejora del tono muscular y la lubricación natural. El efecto de las bolas chinas solo se produce cuando la mujer está en movimiento, además la fuerza que se hace para mantenerlas en el interior de la vagina ayuda a desarrollar los MSP (48).



Figura 4: Bolas chinas

4. JUSTIFICACIÓN

La IU femenina se ha convertido en un problema que afecta a un número elevado de mujeres, se habla de 4 de cada 10 (46), y cada vez a más temprana edad. Estos datos son más que suficientes para que se considere un trastorno de tal prevalencia como para que sea incluido en los protocolos de actuación de Atención Primaria (AP).

Por lo general nos encontramos que son pacientes jóvenes que mantienen conservado el tono muscular del SP y en las que la primera opción ha de ser la rehabilitación del tono muscular del periné. El embarazo y el parto vaginal son los principales FR en el debilitamiento del SP con la consecuente aparición de la IUE. La IUE es susceptible de tratamiento y cura para la mayoría de las pacientes. Las opciones no invasivas y de bajo riesgo (terapia conservadora) deben ser consideradas como la primera línea de tratamiento para proporcionar resultados que mejoren la CV, en la que es fundamental el papel de enfermería.

Así pues, se trata de un problema que requiere un enfoque integral y multidisciplinar, ya que este tipo de pacientes se hallan habitualmente afectadas las necesidades de eliminación, seguridad, autoestima y aceptación social, reduciendo en gran medida la CV. Al ser un problema de naturaleza íntima, conlleva dificultades a la hora de detectar los casos, ya que hay muy pocas mujeres que vayan a su médico de familia o enfermera a consultar directamente su problema. Tendremos que ser los enfermeros de AP los que ayudemos a estas mujeres a salir de su aislamiento.

Por todos estos motivos, y para avanzar en el conocimiento sobre la prevención y el tratamiento precoz de la IUE en nuestro contexto, nos planteamos diferentes objetivos y proponemos un modelo de intervención enfermera mediante un Programa para prevenir la IUE en embarazadas.

5. OBJETIVOS

Objetivo General:

- ✓ Prevenir la IUE durante el embarazo y postparto mediante la implantación de un programa de ejercicios del SP.

Objetivos Específicos:

- **Qué se quiere conseguir:**
 - ✓ Sensibilizar a las mujeres embarazadas de los municipios que pertenecen al ABS de Almacelles acerca de los factores asociados al debilitamiento del SP y más concretamente a su relación con el posterior desarrollo de IU.
 - ✓ Capacitar a las mujeres embarazadas participantes en el programa de salud en la práctica de ejercicios del SP para la prevención del debilitamiento de estos músculos.
- **Cómo conseguirlo:**
 - ✓ Difundir el programa de salud que se va llevar a cabo en el Área Básica de Almacelles (ABS).
 - ✓ Ofertar un servicio individualizado de consulta y posterior seguimiento para todas aquellas mujeres interesadas durante el embarazo y el postparto.

6. METODOLOGÍA

6.1. Población diana

El programa de “*Prevención de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en embarazadas*” se va a llevar a cabo en Área Básica de Salud (ABS) de Almacelles (Lleida) a la cual pertenecen, además de Almacelles, las localidades de Suchs, Gimènells, el Pla de la Font i Raimat.

Según datos del *Institut d’Estadística de Catalunya* (IDESCAT) (51), según población y edad quinquenal en el año 2012, la localidad de Almacelles contaba con una población de 6.728 habitantes. De esta población, 3.194 son mujeres, frente a 3.534 que son hombres.

Población de Almacelles por sexo y edad 2012 (grupos quinquenales)

Edat	Homes	Dones	Total
De 0 a 4 anys	200	171	371
De 5 a 9 anys	167	148	315
De 10 a 14 anys	138	143	281
De 15 a 19 anys	152	168	320
De 20 a 24 anys	190	193	383
De 25 a 29 anys	236	196	432
De 30 a 34 anys	305	234	539
De 35 a 39 anys	342	229	571
De 40 a 44 anys	294	240	534
De 45 a 49 anys	272	241	513
De 50 a 54 anys	292	206	498
De 55 a 59 anys	205	177	382
De 60 a 64 anys	172	159	331
De 65 a 69 anys	152	142	294
de 70 a 74 anys	124	113	237
De 75 a 79 anys	123	149	272
De 80 a 84 anys	103	134	237
De 85 anys i més	67	151	218
Total	3.534	3.194	6.728

Tabla 3: “Idescat. Patrón municipal de habitantes de Almacelles” (51).

Así mismo, según datos del Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) (52), según población y edad quinquenal en el año 2012, los municipios de Gimenells y el Pla de la Font contaban con una población de 1.170 habitantes. De esta población, 574 son mujeres, frente a 596 que son hombres.

Población de Gimenells y Pla de la Font por sexo y edad 2012 (grupos quinquenales)

Edat	Homes	Dones	Total
De 0 a 4 anys	22	30	52
De 5 a 9 anys	24	34	58
De 10 a 14 anys	34	24	58
De 15 a 19 anys	23	19	42
De 20 a 24 anys	24	28	52
De 25 a 29 anys	35	30	65
De 30 a 34 anys	54	41	95
De 35 a 39 anys	53	42	95
De 40 a 44 anys	43	37	80
De 45 a 49 anys	46	40	86
De 50 a 54 anys	43	36	79
De 55 a 59 anys	35	30	65
De 60 a 64 anys	31	30	61
De 65 a 69 anys	35	30	65
de 70 a 74 anys	19	20	39
De 75 a 79 anys	31	44	75
De 80 a 84 anys	30	28	58
De 85 anys i més	14	31	45
Total	596	574	1.170

Tabla 4: "Idescat. Patrón municipal de habitantes de Gimenells y el Pla de la Font" (52).

Por otro lado, consultando la página web de la Paeria (Ayuntamiento de Lleida) (53), según población y edad quinquenal en el 2012, los pueblos de Suchs i Raimat contaban con una población de 1.072 habitantes de los cuales, 543 son hombres y 529 mujeres.

Población de Suchs y Raimat por sexo y edad 2012 (grupos quinquenales)

Edat	Homes	Dones	Total
De 0 a 5 anys	33	39	72
De 6 a 10 anys	29	35	64
De 11 a 15 anys	27	30	57
De 16 a 20 anys	26	19	45
De 21 a 25 anys	27	22	49
De 26 a 30 anys	30	25	55
De 31 a 35 anys	43	32	75
De 36 a 40 anys	36	34	70
De 41 a 45 anys	41	41	82
De 46 a 50 anys	43	31	74
De 51 a 55 anys	34	36	70
De 56 a 60 anys	28	31	59
De 61 a 65 anys	30	37	67
De 66 a 70 anys	29	29	58
de 71 a 75 anys	22	34	56
De 76 a 80 anys	34	27	61
Més de 80 anys	31	27	58
Total	543	529	1.072

Tabla 5: La Paeria, Ayuntamiento de Lleida. Patrón municipal de habitantes de Suchs y Raimat (53).

La intervención tomará como *población de referencia* a todas aquellas mujeres de estas localidades y que pertenezcan al ABS de Almacelles con edades comprendidas entre los 20 y 50 años y que estén embarazadas y además, sean primigestas con o sin incontinencia urinaria ya que, pertenecen a los grupos de edad con uno de los principales factores de riesgo para el debilitamiento del suelo pélvico, como es el embarazo y el parto.

La población total de este grupo estará constituida por 1.736 mujeres. Las sesiones para este grupo se llevarán a cabo en el Centro de Atención Primaria (CAP) de Almacelles.

6.2. Criterios de Inclusión y Exclusión

- **Criterios de inclusión:**

- ✓ Embarazadas primíparas de un solo feto con o sin IUE.
- ✓ Edad comprendida entre 20 y 50 años.
- ✓ Que pertenezcan al ABS de Almacelles.
- ✓ Que hablen y escriban castellano y/o catalán.

- **Criterios de exclusión:**

- ✓ Existencia de incontinencias de otro tipo.
- ✓ Infecciones del tracto urinario.
- ✓ Complicaciones durante el embarazo que contraindiquen su adherencia al programa.
- ✓ Factores de riesgo, tanto al inicio como a lo largo de la gestación, para llegar al término del embarazo.
- ✓ Dolor en la MSP cuando se realiza la contracción de estos músculos.
- ✓ Pacientes con alteraciones cognitivas graves que no les permita entender el desarrollo del programa.
- ✓ Patología neurológica previa, central o periférica.
- ✓ Rechazo de participar en el programa.

6.3. Profesionales a los que va dirigido

Se propondrá la participación en el programa a las siete enfermeras y a la matrona que componen el ABS de Almacelles así como también, a los facultativos del centro.

7. INTERVENCIÓN

7.1. Presentación del Programa

El programa de *“Prevención de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en embarazadas”* comenzará en Septiembre del 2014. Se implantará el programa por primera vez, con una duración de dos meses, Septiembre y Octubre y en función de la demanda se irá repitiendo en los próximos meses. Las primeras participantes (de 8 a 12), formarán parte del primer grupo y a medida que vayan apuntándose nuevas pasarán a formar parte de otro grupo para empezar con las actividades del programa para los próximos meses y así sucesivamente.

En primer lugar, en el mes de Enero de 2014 tendrá lugar la presentación del programa al Institut Català de la Salut (ICS) esperando su aprobación y aceptación.

Una vez aprobado, en Marzo del 2014, se abrirá el plazo de inscripción para la elección del personal participante en el programa. Para ello, será necesaria una enfermera, la matrona del ABS y también se contará con la colaboración de una enfermera/matrona especialista en trastornos del suelo pélvico.

Una vez seleccionado el personal participante, tendrá lugar la reunión del equipo, Abril de 2014, formado para llevar a cabo la actividad. La finalidad de la sesión será presentar el programa y sus objetivos para familiarizar a los profesionales con el desarrollo del mismo así como también, recoger sugerencias que puedan mejorarlo. En esta reunión, se realizará el pedido del material necesario (apartado 7.5) para llevar a cabo las sesiones, y se formalizarán las fechas de las sesiones (apartado 7.6) para la reserva de las aulas/salas en el CAP de Almacelles.

7.2. Divulgación del Programa

Una vez aprobado el programa, se iniciará la divulgación en el mes de Mayo en CAP de Almacelles y en los consultorios de las localidades que forman la ABS mediante carteles informativos y folletos acerca del programa (Anexo V).

Además, se divulgará mediante estos carteles y folletos informativos a los diferentes comercios de comestibles (tiendas y supermercados) y centros cívicos de estas localidades.

7.3. Captación de participantes

La captación inicial de participantes en el programa tendrá lugar entre los meses de Mayo y Julio de 2014, aunque esta captación será continua y en función de la demanda se harán diferentes grupos. En este período se anunciarán las fechas del programa y se animará a las mujeres a participar.

Durante este periodo, los profesionales del ABS darán a conocer el programa desde las diferentes vertientes. La matrona dará a conocer el programa y animará a participar a todas aquellas mujeres embarazadas a las que trata proporcionándoles un folleto informativo (Anexo VI). Las enfermeras y facultativos informarán mediante la entrega de un folleto informativo (Anexo VI) sobre la existencia del programa a todas aquellas mujeres embarazadas que visiten en el CAP o consultorios.

Una vez tomada la decisión y querer participar en el programa, deberán dirigirse al CAP de Almacelles o a los consultorios de las localidades para inscribirse. También se podrán inscribir por correo electrónico (almacelles.lleida.ics@gencat.cat) o por teléfono (973 74 20 20).

Una vez dispongamos de las participantes del programa, las mujeres deberán firmar una hoja de consentimiento informado (Anexo VIII), el cual irá acompañado con el folleto informativo y cronograma del programa (Anexo VI).

7.4. Presentación de las actividades del programa

Como ya hemos mencionado con anterioridad, el inicio del programa tendrá lugar en el mes de Septiembre de 2014, concretamente el Martes 16 de Septiembre a las 20:00h en el CAP de Almacelles. Las sesiones, tanto las teóricas como las prácticas, se impartirán los Martes y Jueves de los meses de Septiembre y Octubre.

El programa consta de dos partes principales, la primera de ellas, es la *parte teórica* en la que se van a facilitar conocimientos de anatomía y fisiología del aparato genital y urinario femenino y de los músculos del suelo pélvico. También, se tratará el problema principal y silente, la incontinencia urinaria, que padecen las mujeres durante el embarazo, parto y postparto.

La segunda parte, es la *parte práctica*, donde se llevarán a cabo los ejercicios del suelo pélvico.

Por último, también se ofrecerá un servicio individualizado de consulta telefónica y posterior seguimiento para todas aquellas mujeres interesadas durante el embarazo y el postparto.

A. Parte Teórica: Conocimientos de anatomía y fisiología de la mujer	
Actividad 1:	Aparato genital y urinario femenino
Actividad 2:	Músculos del suelo pélvico
Actividad 3:	Función y disfunción del suelo pélvico
Actividad 4:	La incontinencia urinaria: IUE durante el embarazo y postparto
B. Parte Práctica: Ejercicios del Suelo Pélvico	
Actividad 5:	Cuidado de la musculatura pélvica
Actividad 6:	Ejercicios del Suelo Pélvico (6 sesiones de 1h)
Actividad 7:	Reunión y mesa redonda sobre resultados, conclusiones y experiencias acerca del programa de salud.
C. Servicio telefónico individualizado de consulta y seguimiento posterior	

Tabla 6: Actividades del Programa.

7.5. Recursos Humanos y Materiales

❖ Recursos Humanos: Equipo que desarrolla el proyecto

El proyecto se va a desarrollar en la localidad de Almacelles (Lleida), y las sesiones tendrán lugar en el CAP de esta localidad.

El equipo profesional estará formado por:

- *Personal administrativo*: se encargará de recoger las inscripciones en el curso ya sean presenciales, telemáticas o telefónicas. También se encargará de documentar y archivar la información obtenida de los cuestionarios de calidad de vida así como los cuestionarios de evaluación semanales. También, contactará con aquellas participantes inscritas en el curso que no asistan a las sesiones para conocer las causas de su ausencia.
- *Personal de enfermería*: estará formado por una enfermera que se encargará de realizar las clase teórica del aparato genital y urinario femenino.
- *Matrona*: se encargará de conducir las sesiones teóricas de Músculos del Suelo Pélvico, Función y Disfunción del Suelo Pélvico, la Incontinencia Urinaria: IUE durante el embarazo, parto y postparto.
- *Matrona especialista en disfunciones del Suelo Pélvico*: se encargará de conducir sesión teórica de cuidado de la musculatura pélvica y las sesiones prácticas de enseñanza de los ejercicios del Suelo Pélvico.

❖ Recursos Materiales necesarios

Los recursos materiales que serán necesarios para desarrollar el programa son los siguientes:

- *Material Informático*: ordenador portátil con conexión a internet, cañón proyector para diapositivas, pantalla para la proyección, puntero para explicar y resaltar lo más destacado cuando se da la información, altavoces e impresora.
- *Material de oficina*: folios tamaño DIN A4, cartulinas grandes, bolígrafos, rotuladores de colores, pizarra, rotuladores gruesos para pizarra.
- *Material para las sesiones prácticas*: maniquí aparato genital femenino y musculatura suelo pélvico, colchonetas y esterillas.

- *Servicio de catering:* en el descanso se proporcionará café y galletas a las asistentes.
- *Salas o aulas:* será necesaria un aula con sillas y mesas en el CAP para desarrollar las clases teóricas. Para realizar las clases prácticas, se necesitará un aula lo suficientemente grande para caber todas las participantes, si es posible en el CAP y si no se deberá buscar otro espacio más amplio para ejecutar los ejercicios, como podría ser el pabellón municipal el cual ya dispone de zona con colchonetas o tatami.

7.6. Cronograma

Previo al desarrollo del programa	TIEMPO	ACTIVIDAD
	Enero 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del Programa al ICS
	Marzo 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura del plazo de inscripción para la elección del personal participante en el Programa
	Abril 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Reunión de Equipo
	Mayo 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgación del Programa
	Mayo-Julio 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la captación de participantes, aunque esta será continua
	Septiembre 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio del Programa <i>“Prevención de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en embarazadas”</i>

Tabla 7: Cronograma previo al desarrollo del Programa.



DESARROLLO DEL PROGRAMA (Primera convocatoria)

		SEPTIEMBRE				OCTUBRE							
DÍAS		16/09/2014	18/09/2014	23/09/2014	25/09/2014	07/10/2014	09/10/2014	14/10/2014	16/10/2014	21/10/2014	23/10/2014	28/10/2014	Noviembre 2014
ACTIVIDADES													
A. PARTE TEÓRICA	Presentación + sesión 1: Aparato genital femenino												
	Sesión 2: Músculos del suelo pélvico												
	Sesión 3: Función y disfunción del suelo pélvico												
	Sesión 4: IUE durante el embarazo, parto y postparto												
B. PARTE PRÁCTICA	Sesión 5: Cuidado de la musculatura pélvica												
	Sesión 6: Ejercicios del suelo pélvico												
	Sesión 7: Reunión y mesa redonda sobre resultados, conclusiones y experiencias acerca del programa de salud												

Tabla 8: Cronograma de las actividades del Programa.

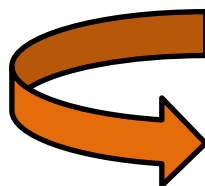
Duración del programa: Septiembre y Octubre

Días que se impartirán las sesiones: Martes y Jueves

Duración de las sesiones:

- Teóricas: 1h
- Prácticas: 1h

Lugar donde se impartirá el programa: CAP de Almacelles



Actividad	Temario	Ponencia
Sesión 1:	Aparato genital y urinario femenino	Enfermera
Sesión 2:	Músculos del suelo pélvico	Matrona
Sesión 3:	Función y disfunción del suelo pélvico	Matrona
Sesión 4:	La incontinencia urinaria: IUE durante el embarazo, parto y postparto.	Matrona
Sesión 5:	Cuidado de la musculatura pélvica	Matrona
Sesión 6:	Ejercicios del Suelo Pélvico (6 sesiones, duración 1h).	Matrona especialista en disfunciones del suelo pélvico
Sesión 7:	Reunión y mesa redonda sobre resultados, conclusiones y experiencias acerca del programa de salud.	Enfermera, Matrona y Matrona especialista

Tabla 9: Cronograma del temario y ponencia.

7.7. Desarrollo de las actividades del programa

A. PARTE TEÓRICA:

Sesión 1 (Martes, 16 de Septiembre):

Presentación del programa:

La enfermera se presentará a sí misma y dará a conocer el objetivo principal del programa llevado a cabo.

- + Objetivo del programa: Dar a conocer y prevenir la incontinencia urinaria de esfuerzo como un problema existente y silente en las mujeres debido al debilitamiento del suelo pélvico, relacionado con el embarazo, el parto y el postparto.

Actividad 1: Aparato genital y urinario femenino

- + Objetivo de la actividad: Dar a conocer la anatomía y la fisiología del aparato reproductor y urinario femenino.

- + Material:

Ordenador, proyector y pantalla.

Ficha 1: Aparato reproductor femenino interno y externo, en el que se diferenciarán las partes que los componen.

Ficha 2: Aparato urinario femenino, en el que se diferenciarán y señalarán las diferentes partes.

Bolígrafos.

Maniquí aparato genital femenino externo.

- + Metodología: La charla será impartida por una enfermera. Acompañará la sesión con materiales didácticos para una mayor comprensión de la anatomía femenina. En primer lugar, realizará la explicación teórica sobre el aparato genital y urinario femenino haciendo uso de una presentación **power point**.

La presentación contendrá abundantes imágenes para facilitar la comprensión del temario impartido y evitar así, gran cantidad de contenido escrito. En todo momento se fomentará la participación activa de las participantes.



Figura 5: Power Point Anatomofisiología del aparato reproductor femenino

Seguidamente, haciendo uso de un **maniquí** se dará a conocer el aparato reproductor femenino externo.



Figura 6: Maniquí sobre aparato Reproductor femenino

A continuación, se procederá a la realización de las **actividades** (Ficha 1 y 2) y para ello se harán parejas, para completar las hojas sobre anatomía.

Ficha 1: En esta actividad, se trabajarán las partes del aparato reproductor femenino interno y el aparato genital femenino externo.

La enfermera nombrará las partes a localizar en la ficha y las parejas deberán ubicar cada zona correspondiente. Una vez los grupos hayan completado las fichas, se hará una puesta en común de los resultados.

Aparato reproductor femenino interno:

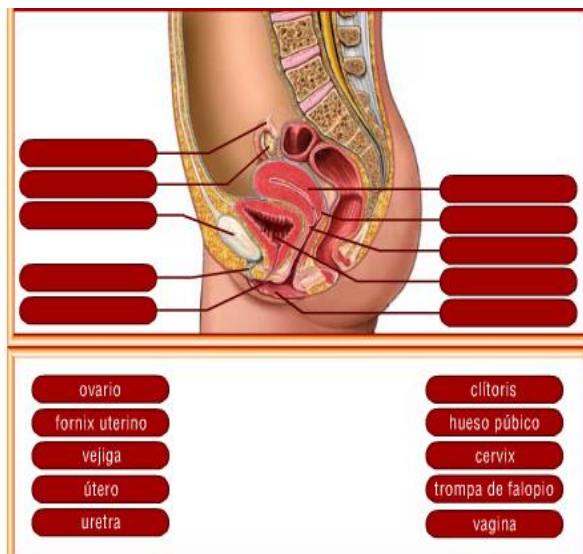


Figura 7: Ficha 1, Aparato reproductor femenino interno

Aparato genital femenino externo:



Monte de venus	Orificio externo de la uretra
Clitoris	Vagina
Labios menores	Himen
Labios mayores	Fórnix

Figura 8: Ficha 1, Aparato genital femenino externo

Ficha 2: Se realizará lo mismo que en la Ficha 1 pero del Aparato urinario femenino.

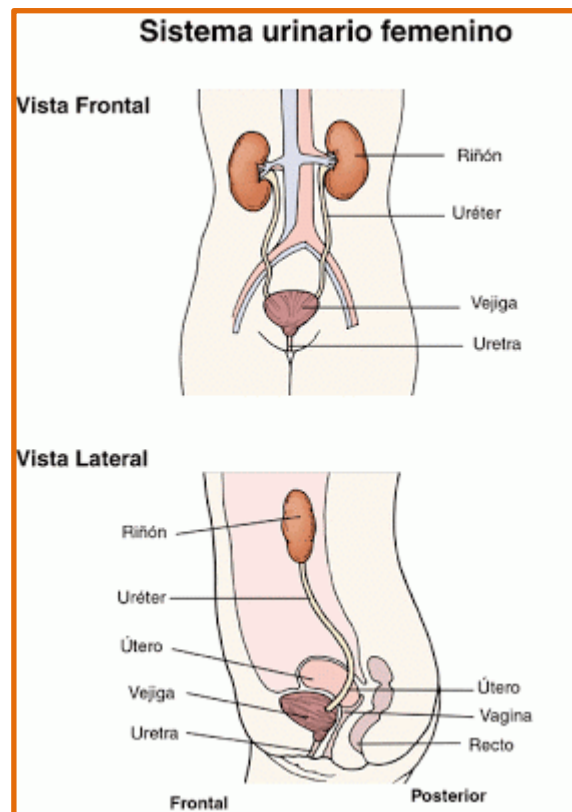


Figura 9: Ficha 2, Aparato urinario femenino

Una vez finalizadas las fichas se procederá a la realización de un descanso de 10 minutos, en el que se invitarán a las participantes a café y galletas.

✚ Discusión, preguntas y cierre de la sesión: Para finalizar la sesión, se procederá a la realización de la discusión del contenido impartido y resolución de dudas que puedan presentar.

Se proporcionará la hoja de asistencia (Anexo VIII) a la sesión para recoger los datos y firmas de las asistentes.

En esta primera sesión, se entregará a las mujeres el Cuestionario de Calidad de Vida de la ICIQ-SF (Anexo III) para su cumplimentación para evaluar la presencia o ausencia de incontinencia urinaria así como, la repercusión que tiene sobre su calidad de vida.

Sesión 2 (Jueves, 18 de Septiembre):

Al inicio de la sesión la matrona se presentará y expondrá los objetivos de la sesión. Seguidamente repartirá el material didáctico necesario para el desarrollo de la clase.

Actividad 2: Músculos del Suelo Pélvico

+ **Objetivo de la actividad:** Dar a conocer los músculos que componen el suelo pélvico.

+ **Material:**

Ordenador, proyector y pantalla.

Ficha 3: Periné femenino, visión endopélvica.

Ficha 4: Periné femenino, visión exopélvica.

Bolígrafos.

Maniquí del suelo pélvico.

+ **Metodología:** La charla será impartida por una matrona. Acompañará la sesión con material didáctico para una mayor comprensión sobre los músculos que componen el suelo pélvico. En primer lugar, realizará la explicación teórica sobre qué es el suelo pélvico y los músculos que lo componen así como también, sus funciones haciendo uso de una presentación **power point**.



Figura 10: Power Point Suelo Pélvico

La presentación dispondrá de abundantes imágenes para facilitar la comprensión del temario impartido y evitar así, gran cantidad de contenido escrito. En todo momento se fomentará la participación activa de las participantes.

Seguidamente, con la ayuda de unos **maniquís** se dará a conocer el suelo pélvico, explicando qué musculatura lo compone y la ubicación de esta.



Figura 11 y 12: Maniquí anatomía Suelo Pélvico

A continuación, se procederá a la realización de las actividades y para ello se harán parejas, para completar las hojas sobre anatomía.

Ficha 3 y Ficha 4: En esta actividad, se entregarán unas láminas para ubicar cada uno de los músculos asignados en la función pélvica.

La matrona nombrará las partes a localizar en la ficha y las parejas deberán ubicar cada zona correspondiente. Una vez los grupos hayan completado las fichas, se hará una puesta en común de los resultados.



Figura 13: Ficha 3, periné femenino, visión exopélvica

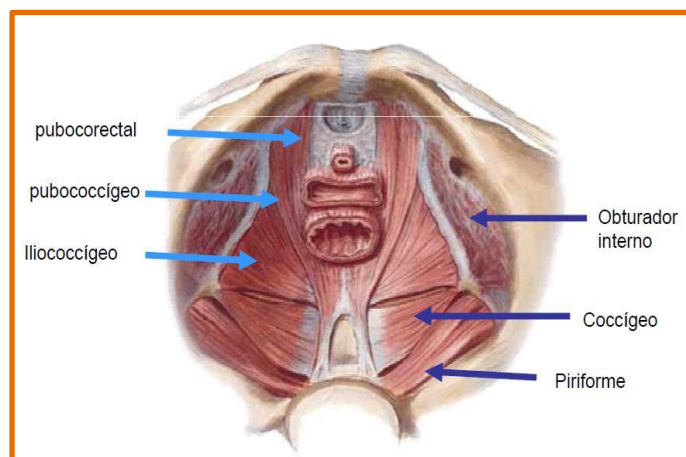


Figura 14: Ficha 4, periné femenino, visión endopélvica

Una vez finalizadas las fichas se procederá a la realización de un descanso de 10 minutos, en el que se invitarán a las participantes a café y galletas.

A la vuelta del descanso, se les pondrá un **vídeo** para facilitar la localización sobre los músculos del suelo pélvico.



Descubre los músculos del suelo pélvico (centrada en ti).



Figura 15: Vídeo, descubre los músculos del Suelo Pélvico

Discusión, preguntas y cierre de la sesión: Para finalizar la sesión, se procederá a la realización de la discusión del contenido impartido y resolución de dudas que puedan presentar.

Se proporcionará la hoja de asistencia (Anexo VIII) a la sesión para recoger los datos y firmas de las asistentes.

Se dará un tiempo para completar el cuestionario de evaluación semanal (Anexo IX) sobre las actividades del programa desarrolladas hasta el momento.

Sesión 3 (Martes, 23 de Septiembre):

Al inicio de la sesión la matrona se presentará y expondrá los objetivos de la sesión. Seguidamente repartirá el material didáctico necesario para el desarrollo de la clase.

Actividad 3: Función y disfunción del suelo pélvico.

- + Objetivo de la actividad: Dar a conocer las funciones del suelo pélvico y las consecuencias de su disfunción.
- + Material:
Ordenador, proyector y pantalla.
Ficha 5.
Maniquís del suelo pélvico.
Bolígrafos y rotuladores.
- + Metodología: La charla será impartida por una matrona. Acompañará la sesión con material didáctico para una mayor comprensión sobre los músculos y funciones del suelo pélvico. En esta sesión la ponente se centrará en las funciones del suelo pélvico, relacionándolas así con las principales causas de disfunción haciendo uso de una presentación **power point**. La presentación dispondrá de abundantes imágenes para facilitar la comprensión del temario impartido y evitar así, gran cantidad de contenido escrito. En todo momento se fomentará la participación activa de las participantes.



Figura 16: Power Point, Trastornos del Piso Pélvico

Seguidamente, con la ayuda de unos **maniquís** se refrescará la musculatura del suelo pélvico y relacionándola con las funciones de este.



Figura 17 y 18: Maniquí anatomía Suelo Pélvico

A continuación, se procederá a la realización de las actividades y para ello se harán parejas.

La **actividad** consistirá en recoger en una cartulina todas las funciones y disfunciones mencionadas por la matrona durante la sesión. Una vez los grupos hayan completado las fichas, se hará una puesta en común de los resultados.

FUNCIONES Y DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO	
FUNCIONES	DISFUNCIONES

Figura 19: Ficha 5, Funciones y disfunciones del Suelo Pélvico

Una vez finalizada la ficha se procederá a la realización de un descanso de 10 minutos, en el que se invitarán a las participantes a café y galletas.

A la vuelta del descanso, se visualizará un **vídeo** que trata sobre las mujeres como población de riesgo para la disfunción del suelo pélvico y posterior desarrollo de la incontinencia urinaria.



Introducción: Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI).



Figura 20: Vídeo, Introducción (ONI)

✚ Discusión, preguntas y cierre de la sesión: Para finalizar la sesión, se hará un resumen de la sesión, haciendo referencia a la importancia de los ejercicios de suelo pélvico, como medida preventiva de las patologías que afectan a este, principalmente la incontinencia urinaria, también se llevará a cabo la resolución de dudas que hayan podido aparecer.

Se proporcionará la hoja de asistencia (Anexo VIII) a la sesión para recoger los datos y firmas de las asistentes.

Sesión 4 (Jueves, 25 de Septiembre):

Al inicio de la sesión la matrona se presentará y expondrá los objetivos de la sesión. Seguidamente repartirá el material didáctico necesario para el desarrollo de la clase.

Actividad 4: La incontinencia urinaria: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo durante el embarazo, parto y postparto.

+ Objetivo de la actividad: Dar a conocer la fisiología de la incontinencia urinaria, los tipos de incontinencia existentes e incidir especialmente en la incontinencia urinaria de esfuerzo.

+ Material:

Ordenador, proyector y pantalla.

Hojas.

Bolígrafos.

+ Metodología: La charla será impartida por la matrona. Acompañará la sesión con material didáctico para una mayor comprensión de la fisiología de la incontinencia y los tipos de incontinencia. Para ello contará con una presentación **power point**. La presentación dispondrá de abundantes imágenes para facilitar la comprensión del temario impartido y evitar así, gran cantidad de contenido escrito. En todo momento se fomentará la participación activa de las participantes.



Figura 21: Power Point, Incontinencia Urinaria

En primer lugar, se repartirá una **ficha** a cada una de las participantes para refrescar los contenidos expuestos en la primera sesión, consistirá en identificar y localizar los órganos principales que intervienen en el mecanismo de micción.

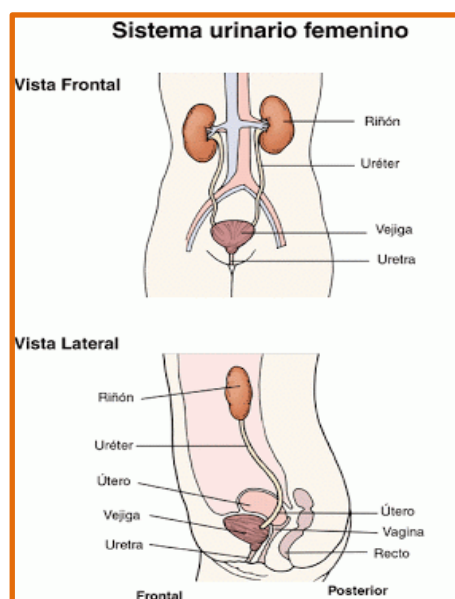


Figura 22: Ficha 6, Aparato Urinario Femenino

A continuación, se procederá a la realización de una actividad en pareja.

La **actividad** consistirá en recoger en una hoja los tipos de incontinencia existentes y diferenciarlas brevemente entre sí. Una vez los grupos hayan completado las fichas, se hará una puesta en común de los resultados.

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA	
TIPO	DEFINICIÓN BREVE

Figura 23: Ficha 7, Tipos de Incontinencia Urinaria

Una vez finalizada la ficha se procederá a la realización de un descanso de 10 minutos, en el que se invitarán a las participantes a café y galletas.

A la vuelta del descanso, se visualizará un **vídeo** que trata sobre la Incontinencia urinaria proporcionado por el ONI.



Incontinencia urinaria. Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI).

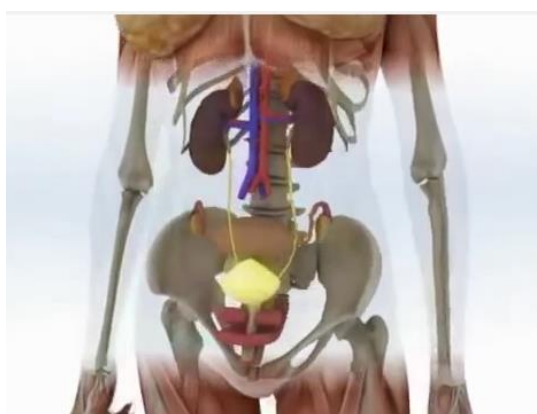


Figura 24: Vídeo, Incontinencia Urinaria (ONI)

✚ Discusión, preguntas y cierre de la sesión: Para finalizar la sesión, se hará un resumen de la sesión, haciendo especial hincapié en la incontinencia urinaria de esfuerzo relacionada con el embarazo, parto y postparto.

Se proporcionará la hoja de asistencia (Anexo VIII) a la sesión para recoger los datos y firmas de las asistentes.

Se dará un tiempo para completar el cuestionario de evaluación semanal (Anexo IX) sobre las actividades del programa desarrolladas hasta el momento.

B. PARTE PRÁCTICA:

Sesión 5 (Martes, 7 de Octubre):

Actividad 5: Cuidado de la musculatura pélvica

- + Objetivo de la actividad: Dar a conocer los principales hábitos para un correcto mantenimiento de la función de la musculatura pélvica.
- + Material:
Ordenador, proyector y pantalla.
- + Metodología: La charla será impartida por una matrona. Acompañará la sesión con materiales didácticos para una mayor comprensión del contenido. En primer lugar, realizará la explicación teórica sobre la importancia y promoción de unos hábitos dietéticos saludables, educación postural, educación vesical y ejercicios del suelo pélvico haciendo uso de una presentación **power point**.



Figura 25: Power Point, Promoción de hábitos saludables

La presentación contendrá abundantes imágenes para facilitar la comprensión del temario impartido y evitar así, gran cantidad de contenido escrito. En todo momento se fomentará la participación activa de las participantes.

Una vez finalizada la clase teórica se procederá a la realización de un descanso de 10 minutos, en el que se invitarán a las participantes a café y galletas.

A la vuelta del descanso, se les pondrá un vídeo sobre higiene postural.



Higiene postural. Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI)



Figura 26: Vídeo, Higiene Postural

✚ Discusión, preguntas y cierre de la sesión: Para finalizar la sesión, se procederá a la realización de la discusión del contenido impartido y resolución de dudas que puedan presentar.

Se proporcionará la hoja de asistencia (Anexo VIII) a la sesión para recoger los datos y firmas de las asistentes.

Sesión 6 (Los días 9, 14, 16, 21, 23 y 28 de Octubre)

Actividad 6: Ejercicios del Suelo Pélvico

✚ **Objetivo de la actividad:** Dar a conocer nuestro suelo pélvico y enseñar los ejercicios para fortalecerlo con el propósito de prevenir o reducir los episodios de incontinencia urinaria.

✚ **Material:**

Tatami, esterillas o colchonetas.

Ropa cómoda o de deporte.

✚ **Metodología:** Las sesiones estarán impartidas por una matrona especialista en disfunciones del suelo pélvico. Durante estas 6 sesiones se enseñarán a las asistentes a la realización de ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico. Se les proporcionará unas **hojas informativas** donde se detallarán los ejercicios a realizar y se pondrán en práctica.

Hoja Informativa:

- **Definición:** La práctica de ejercicios del suelo pélvico implica la contracción repetida de la musculatura del suelo pélvico, lo que la refuerza e incrementa la musculatura del periné, mejorando el tono muscular de la zona.
- **Conocimientos:** Es necesario que las participantes tengan conocimiento de la anatomía y fisiología de la zona pélvica para un correcto ejercicio de la musculatura.
- **Posicionamiento:**
 - Posición supina: para personas con músculos de suelo pélvico muy débiles, para anular así el efecto de la gravedad.
 - Bipedestación: para personas con los músculos de suelo pélvico moderadamente fuertes.
 - Otras alternativas son apoyadas sobre una pelota, sentadas, a cuatro patas, tumbadas con las piernas flexionadas y las piernas apoyadas en el suelo, etc.
- **Ubicación de la musculatura a ejercitar:**
 - Musculatura del esfínter del ano: Contraer el ano como si se quisiera retener un supositorio o evitar la pérdida de un gas. Relajar después y volver a repetir.

- Musculatura de la vagina: Contraer la vagina como si se quisiera detener el flujo menstrual. Relajar después y volver a repetir.
- Musculatura del esfínter uretral: Contraer el esfínter como si se quisiera detener el paso de orina. Relajar después y volver a repetir.

Los **ejercicios** están divididos en 3 *grupos*:

Grupo A: ejercicios para conocer nuestro suelo pélvico, ver cómo se contrae y trabajar correctamente. Una vez hayamos aprendido esto, seguiremos con los ejercicios del grupo B.



Grupo B: se trabajarán, en principio, uno cada día y cuando hayan adquirido la fuerza suficiente y no les cueste trabajo realizarlo, procederemos a pasar al siguiente.



Grupo C: para la realización de estos ejercicios es necesario el uso de elementos externos que facilitan el aprendizaje. Se pueden hacer desde el primer día, compaginándolos con cualquiera de los ejercicios de los otros grupos.



De cada ejercicio recomendado se hará:

➤ **5 repeticiones lentas:**

10 segundos de contracción y 10 segundos de reposo.

Si los primeros días no aguanta 10 segundos, puede empezar por 3 ó 4 e ir subiendo progresivamente hasta llegar a 10.

➤ **5 repeticiones rápidas:**

4 segundos de contracción, soltar tan rápido como pueda y 8 segundos de reposo.

Ejercicios del Grupo A: Identificación de los músculos del suelo pélvico

La finalidad de este ejercicio es reconocer la musculatura que queremos trabajar y comprobar que se contrae.

- **Posición:** Tumbada boca arriba, con las piernas flexionadas, ligeramente separadas y los pies apoyados. Puede poner 2 almohadas bajo las rodillas para evitar el cansancio.
- **Palpación:** Debe colocar dos dedos en el espacio situado entre la vagina y el ano. Si no llega de forma cómoda, puede probar con un espejo, o bien sentada en el baño.



- **Ejercicio:** Contraiga los músculos del suelo pélvico como si quisiera aguantarse las ganas de orinar y mantener durante unos segundos. *No hacer fuerza con las piernas.*
- **Sensación:** Debe notar una contracción o leve movimiento en los dedos que están realizando la palpación. Este ejercicio se realizará hasta identificar claramente la musculatura del suelo pélvico y su contracción.

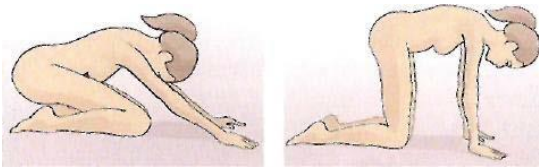
La mano que está sobre la tripa no debe notar tensión. La tripa debe estar blanda.

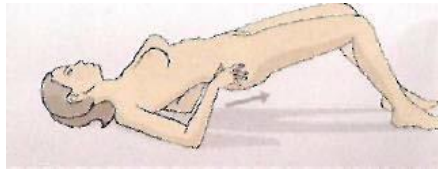
Ejercicios del Grupo B: Identificación de los músculos del suelo pélvico

Una vez hayamos aprendido la forma correcta de trabajar el suelo pélvico (evitando la contracción de los músculos de las piernas y del abdomen), pasaremos directamente a la realización de estos ejercicios.

Cada ejercicio supone un mayor nivel de dificultad, por lo tanto, no habrá que realizar todos, sólo el que corresponda a nuestro nivel de entrenamiento. Periódicamente, iremos subiendo el nivel de dificultad lo máximo posible.

Cuando realicemos los ejercicios de cada nivel sin esfuerzo pasaremos al siguiente.

Nivel 1: A cuatro patas	<ul style="list-style-type: none">• Posición: A cuatro patas, con las nalgas sobre los talones. Cabeza y brazos estirados lo máximo posible, pegando la barbilla al pecho. Desde esta posición, nos levantamos sin despegar las rodillas ni manos del suelo y nos ponemos a cuatro patas, dejando la mayor parte del peso del cuerpo sobre las rodillas.  <p>El ejercicio consta de varias etapas:</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Inspiramos</i> lentamente, dejando caer la tripa hacia el suelo, manteniendo la columna sin movimiento.- <i>Contraemos</i> el suelo pélvico, no el abdomen.- <i>Espiramos</i> manteniendo la contracción del suelo pélvico y metiendo la parte baja de la tripa.
Nivel 2: Boca arriba	<p>Tres ejercicios para trabajar las distintas partes del suelo pélvico.</p> <ul style="list-style-type: none">• Posición: Tumbada boca arriba con las piernas flexionadas, ligeramente separadas y los pies apoyados.• Autoelongación: Elevamos la pelvis y ponemos las manos apoyadas sobre las caderas. Empujamos con nuestras manos la pelvis hacia los pies para lograr un estiramiento de la columna.



Manteniendo este estiramiento volvemos a apoyar la pelvis en la cama o colchoneta donde estemos haciendo el ejercicio.



Ejercicio 1:



1. Autoelongación
2. Inspiramos lentamente
3. Contraemos suelo pélvico
4. Espiramos lentamente mientras mantenemos la contracción del suelo pélvico

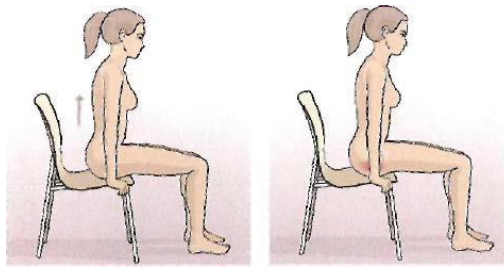
Ejercicio 2:

Partiendo de la posición del ejercicio anterior, estiramos la pierna derecha totalmente y dejamos la otra flexionada, e a la inversa.



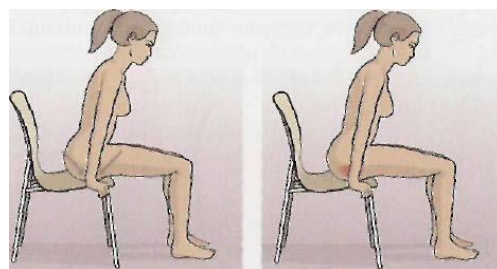
1. Autoelongación
2. Inspiramos lentamente
3. Contraemos suelo pélvico
4. Espiramos lentamente mientras mantenemos la contracción del suelo pélvico

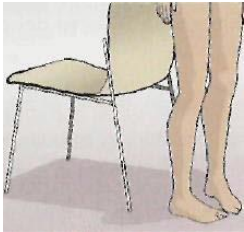

	<p>Ejercicio 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autoelongación  <ol style="list-style-type: none"> 2. Inspiramos lentamente 3. Contraemos suelo pélvico 4. Espiramos lentamente mientras elevamos la pelvis manteniendo la contracción del suelo pélvico 5. Relajar mientras se baja la pelvis a la posición inicial 
<p>Nivel 3: Sentada</p>	<p>Dos ejercicios para trabajar las distintas partes del suelo pélvico.</p> <p>Ejercicio 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posición: Sentada, con los pies totalmente apoyados en el suelo. Las rodillas tienen que estar a la altura de las caderas. Las manos apoyadas a los lados de las caderas. • Autoelongación: Estirar la columna al máximo posible con la barbilla metida. Mantener esta postura. • Ejercicio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspiramos lentamente 2. Contraemos suelo pélvico (importante: no ayudar con el abdomen y las piernas) 3. Espiramos lentamente mientras mantenemos la contracción del suelo pélvico 4. Relajamos la posición durante el tiempo de descanso



Ejercicio 2:

- **Posición:** Sentada, con los pies totalmente apoyados en el suelo. Las rodillas tienen que estar a la altura de las caderas. Manos apoyadas a los lados de las caderas.
- **Autoelongación:** Estirar la columna lo máximo posible (como si quisiéramos crecer) con la barbilla metida. Nos inclinamos ligeramente hacia delante, en esta posición notaremos el peso y la contracción ligeramente más desplazada hacia la zona vaginal. Mantener esta postura.
- **Ejercicio:**
 1. Inspiraremos lentamente
 2. Contraemos suelo pélvico
 3. Espiramos lentamente mientras mantenemos la contracción del suelo pélvico
 4. Relajamos la posición durante el tiempo de descanso



<p>Nivel 3: Sentada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posición: De pie con una silla detrás. Piernas ligeramente separadas y las puntas de los pies hacia dentro. • Autoelongación: Apoyamos las manos en el respaldo de la silla (detrás). Estirar la columna lo máximo posible con la barbilla metida. Mantener esta postura. • Ejercicio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspiramos lentamente 2. Contraemos el suelo pélvico 3. Espiramos lentamente mientras mantenemos la contracción del suelo pélvico 4. Relajamos la posición durante el tiempo de descanso  
<p>Reeducación al esfuerzo: De pie</p>	<p>Este ejercicio debe convertirse en un hábito en determinados esfuerzos de la vida diaria como de tos, estornudos, levantar pesos, saltos, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posición: De pie, con los brazos a lo largo del cuerpo. Piernas ligeramente separadas. • Palpación: Una mano sobre el abdomen, bajo el ombligo.

- **Ejercicio:**

1. Contraer el suelo pélvico
2. Toser manteniendo la contracción del suelo pélvico. Es importante que la mano del abdomen no sea empujada hacia fuera.



Este ejercicio es el único en que no hay repeticiones rápidas y lentas. De realizarse como aprendizaje y utilizar como protección para el suelo pélvico en estas situaciones (tos, estornudos, saltos,...).

Ejercicios del Grupo C: Con ayudas externas

Estos ejercicios están encaminados a comprender mejor y a trabajar más fácilmente la musculatura del suelo pélvico. Se pueden compaginar uno o todos con los ejercicios del grupo A y B, pero nunca deben hacerse únicamente éstos.

Son de aplicación intravaginal, por lo que es importante que tenga a mano todo el material necesario, cuando vaya a realizarlos. Este material será diferente en cada ejercicio.



Es aconsejable orinar antes de hacer los ejercicios, ya que si durante uno de ellos precisara hacerlo, habría que interrumpirlo, sacar las ayudas y reinsertarlas después.

No precisa esterilizar el material, basta con lavar con agua y jabón antes y después de cada uso. En caso de infección, interrumpir el uso hasta que se solucione. Al reiniciar el tratamiento esterilizar el material.

<p>Palpación directa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posición: Tumbada boca arriba con las piernas flexionadas, raramente separadas y los pies apoyados. • Ejercicio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Colocamos un dedo en el interior de la vagina (si es necesario utilizaremos gel lubricante) 2. Inspiramos lentamente 3. Contraemos suelo pélvico. Debemos notar la presión sobre el dedo que está en el interior 4. Espiramos lentamente manteniendo la contracción del suelo pélvico 5. Relajamos durante el tiempo de descanso
---------------------------------	--



lige-

<p>Material: tubo de pirex, espejo y lubricante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posición: Tumbada boca arriba con las piernas flexionadas, ligeramente separadas y los pies apoyados. • Ejercicio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Colocamos la parte ciega del tubo de pirex en el interior de la vagina, dejando la mitad del tubo fuera. 2. Inspiramos lentamente 3. Contraemos el suelo pélvico. El extremo exterior del tubo de pirex debe bajar hacia la cama. Lo observamos en el espejo. 4. Espiramos lentamente manteniendo el tubo de pirex en esta posición. 5. Relajamos durante el descanso 
<p>Material: Bolas chinas y gel lubricante</p>	<p>Es un material accesible y económico, que se puede encontrar fácilmente. Hay distintos materiales, pero las más higiénicas son las de plástico. Representan una alternativa a los conos vaginales ya que son más fáciles de sostener. Vienen de dos en dos, unidas por un hilo. Hay que separarlas cortando el hilo y se utiliza sólo una.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar una bola china intravaginal a modo de tampón, dejando el hilo 

	<p>fuera.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Retener la bola durante 15 o 20 minutos una o dos veces al día (mañana y tarde) caminando, de pie, o realizando sus actividades de la vida diaria. Se debe comenzar los primeros días con 5 minutos, que irán aumentando hasta llegar a los 15 ó 20. 3. Si la bola se cae, se vuelve a colocar y se continúa con el ejercicio. 4. Sea constante. Al acabar se extrae, se lava con agua y jabón y se guarda. <p>En caso de usar conos vaginales debemos comenzar con el nº 1 (el más ligero). Si se retiene sin esfuerzo, probar con el siguiente y así sucesivamente hasta llegar al de mayor peso que se pueda retener.</p>
--	---

Consejos para eliminar hábitos cotidianos que pueden debilitar el suelo pélvico

- ✓ Es importante recordar que una correcta contracción no debe acompañarse de la tensión de nalgas, abdomen o muslos.
- ✓ Es necesario respirar con normalidad mientras se realizan las contracciones.
- ✓ Una vez que ha comenzado a orinar, no haga ejercicios de contracción del suelo pélvico para intentar retener la orina.
- ✓ Termine tranquilamente y sin forzar.
- ✓ Evite vestir prendas ajustadas que compriman la zona.
- ✓ Evite la obesidad o ganar peso bruscamente, el estreñimiento y los procesos de tos crónicos.
- ✓ Cada seis meses realice una autoevaluación con los conos vaginales o con las bolas chinas.
- ✓ Los ejercicios deben convertirse en un hábito para mantener un buen tono, ya que la inactividad favorece las recaídas.
- ✓ La práctica de ejercicios de suelo pélvico puede realizarse en cualquier postura.
- ✓ Adquiera la costumbre de contraer los músculos del suelo pélvico, cada vez que vaya a realizar un esfuerzo.
- ✓ No debe realizar ejercicios abdominales clásicos.
- ✓ Intente orinar cada 3 horas, con o sin ganas.
- ✓ Es conveniente beber por lo menos 6 vasos de líquido al día. Evite bebidas excitantes como café, té, refrescos con gas, alcohol, etc.
- ✓ Y recuerde, nunca es demasiado tarde para comenzar a ejercitar los músculos de suelo pélvico.

De cada ejercicio recomendado se harán:

- **5 repeticiones lentas:** *10 segundos* de contracción y *10 segundos* de reposo. Si los primeros días no aguanta 10 segundos, puede empezar por 3 ó 4 e ir subiendo progresivamente hasta que llegue a 10.
- **5 repeticiones rápidas:** *4 segundos* de contracción, soltar tan rápidamente como pueda y *8 segundos* de reposo.

✚ Discusión, preguntas y cierre de la sesión: Durante cada sesión y para finalizarla, se procederá resolución de dudas que puedan presentar.

Se proporcionará la hoja de asistencia (Anexo VIII) en cada sesión para recoger los datos y firmas de las asistentes.

En la tercera sesión, se procederá a completar el cuestionario de evaluación semanal (Anexo IX) sobre las actividades del programa desarrolladas hasta el momento.

Además, en la última sesión de ejercicios de suelo pélvico, se entregará a las mujeres el cuestionario de calidad de vida de la ICIQ-SF (Anexo III) para su cumplimentación, así como el cuestionario de evaluación del programa (Anexo X).

Sesión 7 (Noviembre de 2014)

Se llevará a cabo una reunión donde se expondrán los resultados y conclusiones acerca del programa de salud. También habrá una mesa redonda donde las mujeres expondrán sus experiencias y valoraciones acerca del programa y actividades realizadas y se aprovechará para invitar a futuras participantes.

C. SERVICIO TELEFÓNICO INDIVIDUALIZADO DE CONSULTA Y SEGUIMIENTO POSTERIOR

Por último, se ofrecerá un servicio individualizado de consulta telefónica y posterior seguimiento para todas aquellas mujeres interesadas durante el embarazo y el postparto.

El objetivo de este servicio es comprobar la adherencia, continuidad y eficacia de la práctica de los ejercicios de suelo pélvico enseñados durante las sesiones impartidas, así como la aparición de una mejoría de la continencia.

También estas llamadas irán dirigidas a solucionar cualquier duda que pueda aparecer relacionada con el tema tratado.

8. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Para evaluar la intervención, inicialmente se realizará una reunión con los profesionales de salud involucrados en el programa, quienes evaluarán la consecución de los objetivos establecidos inicialmente así como la efectividad de las actividades llevadas a cabo para la consecución de los mismos.

Para la evaluación de objetivos, se valorarán los cuestionarios semanales entregados por las participantes (Anexo IX). Estos cuestionarios permitirán a las mujeres participantes evaluar las sesiones llevadas a cabo en el periodo de tiempo que el cuestionario cubra. Además, se compararán los resultados obtenidos de los cuestionarios específicos de calidad de vida ICIQ-SF (Anexo III). Estos cuestionarios se completarán por las participantes al comienzo y al final del programa. Asimismo, será importante el uso del cuestionario de evaluación del programa general (Anexo X), el cual se entregará a las mujeres participantes en la última sesión del curso.

Las mujeres participantes en el programa serán invitadas a otra reunión que tendrá lugar en el mes de Noviembre de 2014, donde se expondrán los resultados y conclusiones acerca del programa de salud. Habrá además una mesa redonda donde las mujeres participantes podrán exponer sus experiencias y valoraciones acerca del programa y actividades realizadas en el mismo y se aprovechará para invitar a futuras participantes.

Como Indicadores Cuantitativos, nos planteamos la participación por parte de las mujeres asistentes al programa en un porcentaje de al menos un 80% en cada grupo. Otros indicadores a tener en cuenta son la participación por parte del personal sanitario, el cumplimiento del cronograma establecido y horarios en las sesiones, y por otro lado en caso de no cumplimiento analizar si la planificación era mala o realmente debido a un mal cumplimiento por motivos personales.

Por otro lado, como Indicadores Cualitativos, nos encontramos con la evaluación de la calidad de vida mediante los Cuestionarios ICIQ-SF (Anexo III) completados por las participantes a la inscripción en el programa y repetidos en la última sesión del programa. También, mediante los cuestionarios de evaluación semanales a las participantes para evaluar la satisfacción del programa, esto permitirá conocer los aspectos sobre los que se está trabajando adecuadamente, así como los aspectos a mejorar. Otro indicador será mediante el cuestionario de evaluación general del programa de salud para participantes,

entregado en la última sesión del programa y una mesa redonda donde se recogerán las opiniones e ideas acerca del programa y por último, la valoración general del programa de salud por parte de los profesionales de la salud, en base a la consecución de objetivos establecidos y actividades desempeñadas.

9. DISCUSIÓN

En este trabajo se pretende resaltar la figura de la enfermera, matrona y especialistas en las disfunciones del Suelo Pélvico como ejes principales en la estructura de atención a la prevención de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y al Debilitamiento del Suelo Pélvico desde Atención Primaria. Se deberá fomentar la promoción del autoconocimiento y autocuidado del Suelo Pélvico en la población con riesgo, en nuestro caso durante el embarazo, parto y postparto, aunque sería ideal la promoción de la salud a todas las mujeres en edades tempranas con la finalidad de fomentar la prevención de deterioro del Suelo Pélvico.

Como limitaciones o dificultades que pueden aparecer en nuestro programa de salud nos encontramos con la no asistencia a las sesiones por parte de las participantes por diferentes motivos como pueden ser aburrimiento, incompatibilidad de horarios o cansancio. También puede ser que la duración del programa sea demasiado corto, ya que tiene una duración de dos meses y este tiempo no sea el suficiente para aprender de forma eficaz los ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico. En caso de que los ejercicios se hayan aprendido de forma correcta puede aparecer la no continuidad diaria de la ejecución de los mismos por falta de motivación o tiempo y no obtener los resultados de adherencia al tratamiento esperados. Estas limitaciones mencionadas con anterioridad, son las que pueden generar que nuestro programa de salud dirigido a la prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo y fortalecimiento del suelo pélvico, no sea del todo eficaz para tratar el presente problema de salud.

Por lo que, sería necesario desarrollar en trabajos posteriores actividades de promoción y prevención de las Disfunciones del Suelo Pélvico en mujeres con o sin riesgo, así como la necesidad de incrementar el trabajo en colaboración con Atención Especializada para realizar una mejor continuidad en los cuidados a las mujeres que padezcan disfunciones del Suelo Pélvico.

10. CONCLUSIONES

Como evidencian numerosos estudios, las disfunciones del suelo pélvico y entre ellas la incontinencia urinaria, son un problema de salud muy prevalente entre la población femenina que genera un gran impacto en la calidad de vida de las mujeres que la padecen. Sin embargo, es un problema que bien por vergüenza o por considerarlo “normal” en determinadas etapas de la vida de la mujer, no genera consulta sanitaria. Los profesionales sanitarios debemos plantearnos la necesidad de una captación activa de estas mujeres, así como la incorporación de la prevención y el tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico a los programas de salud hasta ahora inexistentes o muy escasos en la sanidad, por lo que es fundamental el papel de la enfermería. Entre los factores de riesgo epidemiológico se encuentran el embarazo y sobre todo el parto. En consecuencia, el embarazo, y especialmente el postparto deberían ser objeto de atención de cara a la prevención de las disfunciones del suelo pélvico que pueden desencadenar Incontinencia Urinaria, entre otras.

El tratamiento inicial más adecuado para la rehabilitación del suelo pélvico son las técnicas y procedimientos conservadores como los cambios de hábitos de vida, la bioretroalimentación, electroestimulación y el entrenamiento mediante ejercicios del suelo pélvico, se deberían incluir de manera sistemática en los programas de salud en el postparto en Atención Primaria, y deberían ser dirigidos por un especialista en suelo pélvico. El tratamiento conservador mediante técnicas de reeducación perineo esfinteriana debería aconsejarse a todas las mujeres que en el posparto que presenten signos de debilidad del suelo pélvico o de incontinencia urinaria.

Por lo que, es la Atención Primaria el escenario ideal para la puesta en marcha de estas actividades. Estos cuidados presentan un coste muy bajo, una fácil accesibilidad y no tienen efectos secundarios.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Navarra CO de fisioterapeutas. Cada vez más mujeres acuden a la fisioterapia para tratarse problemas del suelo pélvico [Internet]. 7 de marzo. 2012 [cited 2013 Nov 29]. Available from: <http://www.cofn.net/ploert>
2. García Martín, A.I, Del Olmo Cañas, P.; Carballo Moreno, N.; Medina Varela, M.; González Lluva, C.; Morales de los Rios Luna, P. Reeducción del suelo pélvico. 2005; Asociación Española de Enfermería en Urología. ENFURO.
3. Universitario H, Real P. Incontinencia Urinaria en la mujer ¿Qué debemos saber? 2004;Universita.
4. Romero-Morante M, Jiménez-Reguera B. Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y posparto. Fisioterapia [Internet]. 2010 May [cited 2013 Nov 18];32(3):123–30. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211563809001989>
5. World Health Organization (WHO). Incontinencia declarada enfermedad por la OMS 1998 [Internet]. Julio. 1998 [cited 2013 Nov 29]. Available from: <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-49.html>
6. Unidad E, Virgen HU. Protocolo de reeducación vesical en incontinencia urinaria. 2007;15–6.
7. Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI). ¿Es la incontinencia urinaria una situación muy común? [Internet]. [cited 2013 Nov 29]. Available from: <http://www.observatoriodelaincontinencia.es/faq.php>
8. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Gri D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function : Report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. Neurol Urodynamics. 2002;21:167–78.
9. García MR. Evaluación de un protocolo de fisioterapia en incontinencia urinaria de esfuerzo en el embarazo. 2010;2(1):273–88.
10. Hunskaar, S.; Burgio, K.; Clark, A.; Lapitan, M.C.; Nelson, R.; Sillén, U.; Thom D. Epidemiology of Urinary (UI) and Faecal (FI) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (POP) F . Epidemiology of general comments and definitions considerations in general comments and definitions wetting behaviour respondent to patient. :255–312.
11. Espuña-Pons M, Brugulat Guiteras P, Costa Sampere D, Medina Bustos A, Mompart Penina A. [Prevalence of urinary incontinence in Catalonia, Spain]. Med Clin (Barc) [Internet]. 2009 Nov 14 [cited 2013 Nov 29];133(18):702–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19656535>

12. Sánchez Ruiz, E.; Solans Domenech, M.; Espuña, M. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) de Catalunya. Institut Clínic de Ginecologia O i NHC i PU de BG de R en SP (GRESPE). Estimación de la incidencia de la incontinencia urinaria asociada al embarazo y el parto. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Ministerio de Ciencia e Innovación, editor. Barcelona; 2006.
13. Rebollo Álvarez, P.; Espuña Pons M. Situación actual del diagnóstico y tratamiento de la incontinencia de orina en España. Arch Españoles Urol [Internet]. 2003;56(7):755–74. Available from: <https://medes.com/publication/10651>
14. Franco de Castro, A.; Peri Cusí, L.; Alcaraz Asensio A. Incontinencia urinaria.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Conejero Olesti, A.; Gimeno Argente, V.; Such Andrés T. Guía de buena práctica clínica en Incontinencia Urinaria. Atención Primaria de Calidad. Madrid; 2007.
16. Robles JE. La incontinencia urinaria. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2006 Aug;29(2). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
17. Córcoles BM, Sánchez ASS, Miguel J, Bachs G, Donate MJ, Navarro HP, et al. Redalyc. Impacto de la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la calidad de vida de las pacientes. 2009;
18. Da Silva VA, D'Elboux MJ. [Nurses' interventions in the management of urinary incontinence in the elderly: an integrative review]. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 Oct;46(5):1221–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23223741>
19. Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI). Incontinencia Urinaria.
20. Quintanilla Sanz, A. Enfermería y continencia. Una reflexión. Asociación Española de Enfermería en Urología. ENFURO. 2008;14–8.
21. Quintana E, Fajardo V, Rodríguez-antolín J, Aguilera U, Martínez-gómez M. Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. 2009;15:839–44.
22. Facultad de Medicina Departamento de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2011.
23. Orna-Esteban MI, Artero-Muñoz JI, Caldentey-Isern E, Usieto-López L, Cuadra P, Isanta-Pomar C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en dos centros de salud urbanos. Semer - Med Fam [Internet]. 2011 Aug [cited 2013 Dec 3];37(7):347–51. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359311000517>
24. Song HJ, Han MA, Kang HC, Park KS, Kim KS, Kim MK, et al. Impact of lower urinary tract symptoms and depression on health-related quality of life in older adults. Int Neurourol J [Internet]. 2012 Sep;16(3):132–8. Available from:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3469832&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

25. Schröder A, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Hampel C, et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. 2010.
26. Navarro J. Clínica de tos ferina en el lactante y vacunación posterior [Internet]. 2009. Available from: <http://www.vacunas.org/es/info-profesionales/preguntas-al-experto/10111-clinica-de-tos-ferina-en-lactante-y-vacunacion-posterior>
27. Papa Petros P. Suelo pélvico en la mujer: función, disfunción y tratamiento según la teoría integral. Ed.rev y a. Barcelona; 2006.
28. Vance M. The female pelvis and the reproductive organs. Elseiver ECL, editor. 2009.
29. Kettle C. Anatomy of the pelvic floor. Books Q, editor. London; 2006.
30. Cabrera Guerra M. La incontinencia urinaria en la deportista de élite. Elseiver [Internet]. 2006;9(2):78–89. Available from: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176/la-incontinencia-urinaria-mujer-deportista-elite-13097669-revisiones-2006>
31. Herbert AJ, Dip G. Pregnancy and childbirth: the effects on pelvic floor muscles. 2009;105(7):38–41.
32. Glazener CM a, Herbison GP, MacArthur C, Lancashire R, McGee M a, Grant a M, et al. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. BJOG [Internet]. 2006 Feb [cited 2013 Dec 18];113(2):208–17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16412000>
33. Jundt K, Bodungen V, Krumbachner F, Friese K, Peschers UM. What harm does a second delivery to the Pelvic Floor? 2010;362–6.
34. Chiarelli P, Murphy B, Cockburn J. Acceptability of a urinary continence promotion programme to women in postpartum. BJOG [Internet]. 2003 Feb;110(2):188–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12618164>
35. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. BJOG [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Dec 18];120(2):144–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22413831>
36. Robles JE. La incontinencia urinaria. Urinary incontinence. 2006;29:219–32.
37. Morales AF, Nuñez SP, Diz SV. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico Clinical interview and. 2004;26(5):26–40.
38. Puntos OLOS, Ser P. Enfermería y continencia. Una reflexión. 2008;14–8.

39. Espuña Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2004 Jan;122(8):288–92. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775304742128>
40. Evaluación IDE, Incontinencia DELA, En U. Comparación entre el cuestionario “ICIQ-UI Short Form” y el “King’s Health Questionnaire” como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. 2007;49:502–10.
41. Virgen H, Pr C. Repercusión de la incontinencia urinaria femenina en la calidad de vida Estudio desde una consulta de urología. (4):9–12.
42. Vida CDE, Las EN, Con P, Urinaria I. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. 2008;202–10.
43. Ruíz LG, Sánchez LG, Aranda IC, Vicente J, González A, Pérez GS, et al. Luis García-Giralda Ruíz. 2007;
44. De E. Incontinencia urinaria versus calidad de vida. 2005;27–9.
45. Morales AF, Quintana CLD La, Llosa LS. Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano : etiología y estrategias de prevención. 2004;48:18–31.
46. Napal Ros, C.; Lara Bueno, C.; Echeandía Valencia, B.; Egaña Gorraiz, C.; Lezaún Arrón, R.; Sancho Rey, B.; Recalde Yoldi A. Pasado , presente y futuro de la incontinencia urinaria. *ENFURO Asoc Española Enfermería en Urol*. 2004;89:8–10.
47. Nascimento-Correia G, Santos-Pereira V, Tahara N, Driusso P. Effects of pelvic floor muscle training on quality of life of a group of women with urinary incontinence: Randomized controlled trial. *Actas Urológicas Españolas (English Ed)* [Internet]. AEU; 2012 Apr [cited 2014 Mar 13];36(4):216–21. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2173578612000947>
48. Campos López-Carrión MMCA, MP LF, MC MD, B VR. Curso de Incontinencia Urinaria. 2012.
49. De R, España FM, Ruiz AR. Reeduación vesical. Respuesta de una paciente. 2009;1–5. Available from: mhtml: file:///H:\Documents and Settings \ Pap? \ Escritorio \ EVIDENTIA , ISSN 1697-638X . mht EVIDENTIA , ISSN: 1697-638X mhtml: file:///H:\Documents and Settings \ Pap? \ Escritorio \ EVIDENTIA , ISSN 1697-638X . mht
50. Quintanilla Sanz A. Enfermería y continencia. Una reflexión. *ENFURO Asoc Española Enfermería en Urol*. 2008;107:14–8.
51. Catalunya I d’Estadística de. Idescat. Població per sexe i edat quinquennal Almacelles. Any 2012. [Internet]. 2012 [cited 2014 Jan 8]. Available from:

<http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=5&V0=1&V3=669&V4=498&ALLINFO=TRUE&PARENT=1&CTX=B&V1=25019&VOK=Confirmar>

52. Institut català d'Estadística. Idescat. Població per sexe i edat quinquennal Gimenezs i el Pla de la Font. Any 2012 [Internet]. 2012 [cited 1BC Jan 11]. Available from: <http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=5&V0=1&V3=669&V4=498&ALLINFO=TRUE&PARENT=1&CTX=B&V1=25912&VOK=Confirmar>
53. La Paeria. Ajuntament de Lleida. Població de Suchs y Raimat por sexo y edad 2012 (grupos quinquenales) [Internet]. 2012. Available from: <http://www.paeria.es/cat/poblacio.asp>

ANEXOS

ANEXO I: DIARIO MICCIONAL

Diario miccional									
HORA	LÍQUIDOS INGERIDOS		MICCIONES	PÉRDIDAS DE ORINA			SENSACIÓN DE URGENCIA		¿QUÉ ESTABA HACIENDO EN EL MOMENTO DE LA PÉRDIDA?
AM-PM	Tipo de líquido	Cantidad de líquido	Cantidad orinada	Poco	Moderada	Abundante	SÍ	NO	

ANEXO II: TEST DE SEVERIDAD DE LA INCONTINENCIA DE SANDVIK

¿Con que frecuencia pierde orina?	Puntuación
<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	1
<input type="checkbox"/> Una o varias veces al mes	2
<input type="checkbox"/> Una o varias veces a la semana	3
<input type="checkbox"/> Todos los días y/o noches	4
¿Qué cantidad de orina pierde?	
<input type="checkbox"/> Unas gotas o un poco	1
<input type="checkbox"/> Mayor cantidad	2

Interpretación: (Multiplicar la puntuación obtenida en cada una de las preguntas)

1-2: IU leve

3-6: IU moderada

8-9: IU grave

12: IU muy grave

ANEXO III: CUESTIONARIO ICIQ-SF

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.

Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 3+4+5. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

1	¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)		
A	Nunca	0	puntos
B	Una vez a la semana	1	
C	2-3 veces / semana	2	
D	Una vez al día	3	
E	Varias veces al día	4	
F	Continuamente	5	

2	Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.		
A	No se me escapa nada	0	puntos
B	Muy poca cantidad	2	
C	Una cantidad moderada	4	
D	Mucha cantidad	6	

3	¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Nada									Mucho

4	¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a Ud.	
	Nunca	
	Antes de llegar al servicio	
	Al toser o estornudar	
	Mientras duerme	
	Al realizar esfuerzos físicos / ejercicio	
	Cuando termina de orinar y ya se ha vestido	
	Sin motivo evidente	
	De forma continua	

ANEXO IV: CUESTIONARIO KHQ

CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER (POTENZIANI-14-CIHO-QOL-2000)

Sencillo cuestionario, auto administrado que informa sobre el impacto de la incontinencia en la vida cotidiana de la paciente.

Es específico para IU en mujeres.

Puntuación Final:

Repercusión LIGERA - MODERADA sobre su calidad de vida	=	0 - 14 PUNTOS
Repercusión INETNSA sobre su calidad de vida	=	15 - 28 PUNTOS

1	¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA EN REPOSO, ACOSTADA O SENTADA ?		
A	Nunca	0	puntos
B	A veces	1	
C	Siempre	2	

2	¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA MIENTRAS TOSE, ESTORNUDA, O SE RÍE ?		
A	Nunca	0	puntos
B	A veces	1	
C	Siempre	2	

3	¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA MIENTRAS HACE ESFUERZOS, EJERCICIOS, AERÓBICOS O MULTIFUERZA ?		
A	Nunca	0	puntos
B	A veces	1	
C	Siempre	2	

4	¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA MIENTRAS REALIZA SU ACTIVIDAD SEXUAL?		
A	Nunca	0	puntos
B	A veces	1	
C	Siempre	2	

ANEXO V: CARTEL INFORMATIVO. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EMBARAZADAS

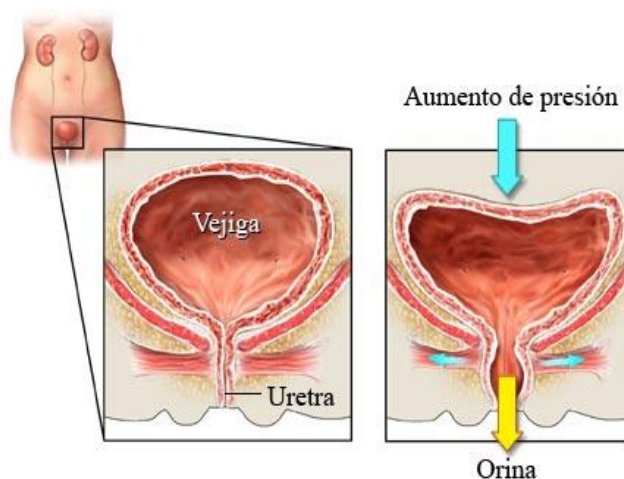
¿Estás embarazada, eres continente o incontinente con una edad de entre 20 y 50 años?

Queremos presentarte un curso dirigido por mujeres y para mujeres, totalmente gratuito. Se trata de un programa de salud subvencionado por el Institut Català de la Salut (ICS) dirigido a prevenir o tratar la aparición de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) mediante la prevención del debilitamiento del suelo pélvico.



El curso se llevará a cabo en sesiones grupales, por primera vez, en el periodo comprendido entre **Septiembre y Octubre de 2014**. El programa consistirá en **sesiones teóricas** acerca del aparato genital femenino, y **sesiones prácticas** en ejercicios de suelo pélvico, los que ayudan a fortalecer la musculatura pélvica.

El principal riesgo asociado con el debilitamiento del suelo pélvico es el desarrollo de incontinencia urinaria. Todas las mujeres estamos en riesgo del debilitamiento de esta zona, ya que son muchos los factores que a lo largo de nuestra vida debilitan nuestro suelo pélvico, como lo son el embarazo y el parto, práctica de deportes considerados de alto impacto o la menopausia.



Los talleres se llevarán a cabo en el **Centro de Atención Primaria de Almacelles**, los **martes y jueves** con una duración de 1 hora. Se realizará un descanso de 10 minutos y se invitará a las participantes a café y galletas.

Además, una vez ha finalizado el curso se realizará un seguimiento a todas las participantes mediante llamadas telefónicas para comprobar la continuidad de la ejecución de los ejercicios enseñados así como también, resolver cualquier tipo de duda que pueda aparecer. La participación es totalmente voluntaria, y para asistir a las sesiones simplemente necesita completar una hoja de inscripción en el CAP de Almacelles, o en el consultorio de su localidad, también existe la posibilidad de inscribirse rellenando la hoja de inscripción y enviarlo por correo electrónico a almacelles.lleida.ics@gencat.cat o por teléfono (973 74 20 20).

Creemos que conocer nuestro cuerpo y los ejercicios de suelo pélvico para prevenir la disfunción de esta musculatura y evitar la aparición de Incontinencia Urinaria es importante para nosotras y para ti como mujer.

Esperamos tu participación.

FACTORES QUE FAVORECEN LA INCONTINENCIA

Los **músculos del suelo pélvico** pueden debilitarse debido a: embarazo y parto, estreñimiento, levantar objetos pesados, tos crónica (como la tos de los fumadores, bronquitis y asma crónica), exceso de peso, cambios hormonales durante la menopausia y mal estado físico general.

IDENTIFICACIÓN DE MÚSCULOS DEL SUELO PÉLVICO

El **suelo pélvico** es un grupo de músculos cuya función es sostener los órganos que se encuentran en la parte baja del abdomen como la vejiga, el útero y la porción final del intestino.

Está localizado en la zona inferior de la pelvis, rodeando el ano y a la vagina. Estos músculos deben ser flexibles pero al mismo tiempo fuertes para permitir y ayudar a controlar la micción, la defecación y el parto.

Los **ejercicios de Kegel** van dirigidos a fortalecer el suelo pélvico con el propósito de reducir los episodios de incontinencia urinaria o prevenir su aparición. Es importante que los ejercicios se realicen correctamente.

En casa busque el momento y lugar adecuados, ya que necesitará entre **20 y 30 minutos** de tranquilidad. Realice los ejercicios al **menos 5 días por semana**.

CONSEJOS PARA ELIMINAR HÁBITOS COTIDIANOS QUE PUEDEN DEBILITAR EL SUELO PÉLVICO

- Es importante recordar que una correcta contracción no debe acompañarse de la tensión de nalgas, abdomen o muslos.
- Es necesario respirar con normalidad mientras se realizan las contracciones.
- Una vez que ha comenzado a orinar, no haga ejercicios de contracción del suelo pélvico para intentar retener la orina. Termine tranquilamente y sin forzar.
- Evite vestir prendas ajustadas que compriman la zona.
- Evite la obesidad o ganar peso bruscamente, el estreñimiento y los procesos de tos crónicos.
- Los ejercicios deben convertirse en un hábito para mantener un buen tono, ya que la inactividad favorece las recaídas.
- La práctica de ejercicios de suelo pélvico puede realizarse en cualquier postura.
- Adquiera la costumbre de contraer los músculos del suelo pélvico, cada vez que vaya a realizar un esfuerzo.

Prevención de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo



ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO

El **control de la vejiga** significa más que esperar hasta llegar al baño para orinar. Es necesario que muchos órganos, músculos y nervios en su cuerpo trabajen de forma conjunta. La mayor parte del sistema de control de la vejiga se encuentra dentro de su pelvis. Cuando la vejiga almacena orina, el músculo de la vejiga se relaja.

Cuando usted orina, el músculo se contrae para expulsar la orina. Los músculos del suelo pélvico sostienen el útero, el recto y la vejiga, además ayudan a mantener cerrada la uretra.

La **incontinencia** ocurre si sus músculos de la vejiga de pronto se contraen (o aprietan) o si los músculos que rodean la uretra de pronto se relajan.



INCONTINENCIA URINARIA

Consiste en la pérdida involuntaria de orina en un lugar no adecuado y en una cantidad que contribuye un problema para quien lo sufre, limitando sus actividades y relaciones sociales.

La prevalencia oscila entre un 10 a 30% en adultos jóvenes y de un 15 a 40% en ancianos, siendo dos veces más común en mujeres que hombres.

CONTROL DE LA MICCIÓN

Una vez que usted llega al baño, su cerebro le envía un mensaje a los músculos esfínteres. El cerebro también les dice a los músculos de la vejiga que se contraigan para expulsar la orina de la vejiga.



TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA (IU)

- **IU de esfuerzo:** Aumento de la presión abdominal, debida a alguna actividad física.
- **IU de Urgencia:** Fuerte deseo de orinar (urgencia), puede acompañarse con aumento de la frecuencia diurna o nocturna.
- **IU Mixta:** Pérdida de orina con síntomas de las dos anteriores.

La **Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE)** que usted presenta o puede presentar, es la pérdida involuntaria del control de la orina que ocurre en el momento en que la presión abdominal aumenta, como sucede al toser o estornudar. Se manifiesta por el debilitamiento de los músculos del suelo pélvico.



ANEXO VI: FOLLETO INFORMATIVO Y CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

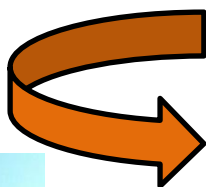
“PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EMBARAZADAS”

Duración del programa: Octubre y Noviembre

Duración de las sesiones:

- **Teóricas:** 1,5h
- **Prácticas:** 1h

Lugar donde se impartirá el programa: CAP de Almacelles



Actividad	Temario	Ponencia	Duración
Act. 1:	Aparato genital y urinario femenino	Enfermera	1 h
Act. 2:	Músculos del suelo pélvico	Matrona	1 h
Act. 3:	Función y disfunción del suelo pélvico	Matrona	1 h
Act. 4:	La incontinencia urinaria: IUE durante el embarazo, parto y postparto.	Matrona	1 h
Act. 5:	Cuidado de la musculatura pélvica	Matrona	1 h
Act. 6:	Ejercicios del Suelo Pélvico	Matrona especialista en disfunciones del suelo pélvico	6 sesiones de 1h
Act. 7:	Reunión y mesa redonda de resultados, conclusiones y experiencias del programa de salud.	Enfermera, Matrona y Matrona especialista	1 h

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

		SEPTIEMBRE				OCTUBRE							
DÍAS		16/09/2014	18/09/2014	23/09/2014	25/09/2014	07/10/2014	09/10/2014	14/10/2014	16/10/2014	21/10/2014	23/10/2014	28/10/2014	Noviembre 2014
ACTIVIDADES													
A. PARTE TEÓRICA	Presentación + Act. 1: Aparato genital femenino												
	Act. 2: Músculos del suelo pélvico												
	Act. 3: Función y disfunción del suelo pélvico												
	Act. 4: IUE durante el embarazo, parto y postparto												
B. PARTE PRÁCTICA	Act. 5: Cuidado de la musculatura pélvica												
	Act. 6: Ejercicios del suelo pélvico												
	Act. 7: Uso de recordatorios para la práctica diaria												

ANEXO VII: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA DE ESFUERZO EN EMBARAZADAS”

Yo, _____, con DNI: _____,

Y número de teléfono: _____, me comprometo a la asistencia de las sesiones organizadas por el programa arriba mencionado, las cuales tendrán lugar en el CAP de Almacelles.

- ☐ He recibido información y comprendo los objetivos del curso, conociendo el programa de actividades que se oferta.
- ☐ Me comprometo a asistir con puntualidad a las sesiones, así como participar en las actividades de las que el programa consta.
- ☐ Cumpliré los principios de intimidad y confidencialidad, respetando así las opiniones o confesiones de otras participantes.
- ☐ Entiendo que para la mejora del programa existen formularios de valoración de las sesiones, las que completaré para garantizar una correcta conducción de las sesiones.
- ☐ Por el presente documento certifico que conozco el propósito del curso, objetivos, beneficios y actividades detalladas por el programa, participando en el mismo de manera voluntaria y gratuita.

Enfermera informante

Nombre:

Fecha:

Firma:

Persona participante

Nombre:

Fecha:

Firma:

ANEXO VIII: HOJA DE ASISTENCIA

**“PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN
EMBARAZADAS”**

DÍA:

Nombre y Apellidos	Número de DNI	Teléfono de contacto	Firma

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN SEMANAL

(Datos a cumplimentar por las participantes)

Título del Curso: “PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA DE ESFUERZO EN EMBARAZADAS”

Fechas de celebración:

¡TU OPINIÓN ES IMPORTANTE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE NUESTRAS SESIONES!

Por favor, dedique unos minutos a completar esta encuesta de forma anónima. Gracias

Por favor, indique la valoración que le merecen los siguientes aspectos del curso:

ORGANIZACIÓN

Muy alta *Muy baja*

5 4 3 2 1

1.- Puntualidad de los ponentes

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

2.- Adecuación de la duración de los talleres

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

3.- Adecuación del horario de las sesiones

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

3.- Adecuación de las instalaciones

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

CONTENIDO

5 4 3 2 1

4.- Selección de contenidos

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

5.- Claridad de la presentación

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

6.- Metodología práctica

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

7.- El material del curso le ha resultado útil

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

PONENTE

Muy alta *Muy baja*

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

8.- Ha demostrado entusiasmo

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

9.- Ha sido claro en las explicaciones

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

10.- Promueve la participación de las asistentes

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

11.- Ha respondido a las dudas con claridad

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

12.- Conoce la materia

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

13.- ¿Qué ponencias le han gustado más y por qué?

14.- ¿Cuáles menos y por qué?

15.- Otras observaciones:

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

(Datos a cumplimentar por las participantes)

Título del Curso: “PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA DE ESFUERZO EN EMBARAZADAS”

Fechas de celebración:

¡TU OPINIÓN ES IMPORTANTE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE NUESTRO PROGRAMA!

Por favor, dedique unos minutos a completar esta encuesta de forma anónima. Gracias

Indique la valoración que le merecen los siguientes aspectos del curso:

BENEFICIOS

Muy alta

Muy baja

5

4

3

2

1

1.- Ha aumentado mi conocimiento sobre el tema

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

2.- El contenido teórico ha sido útil

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

3.- El contenido práctico ha sido útil

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

4.- Los materiales empleados han sido adecuados

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

5.- El curso ha cubierto mis expectativas

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

6- ¿Qué aspecto te ha gustado más e las sesiones y por qué?

7- ¿Cuáles menos y por qué?

☐ 1. Totalmente insatisfecha

☐ 2. Insatisfecha

☐ 3. Satisfecha

☐ 4. Totalmente satisfecha

¿RECOMENDARÍAS EL PROGRAMA A UNA FAMILIAR O AMIGA?

☐ SI

☐ NO

¿CÓMO CONOCISTE ACERCA DEL PROGRAMA?

☐ ENFERMERA

☐ MATRONA

☐ MÉDICO DE CABECERA

☐ PANELES INFORMATIVOS

☐ FOLLETOS INFORMATIVOS

☐ FAMILIAR/ CONOCIDO

SUGERENCIAS

.....

.....

.....

.....

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

